

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

- EMERGÊNCIA -
QUANDO OS SEGUNDOS CONTAM ...

Relatando Uma Prática Assistencial de
Enfermagem no Serviço de Emergência do Hospital
Regional de São José

Monografia de Conclusão de Curso

Acadêmico: *Marcelo Luiz da Silva*

Orientadora: *Tânia Mara Xavier Scóz*

Supervisora: *Cíntya Maurer*

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, gostaria de agradecer a meus Pais e minha Avó.

Que foram, são e vão continuar sendo as pessoas, de que serei eternamente grato por tudo, extremamente tudo o que eu tenho e sou hoje. Graças a seus esforços, consegui cursar um curso de nível superior, do qual eu me orgulho muito. Graças a vocês, hoje eu sou um enfermeiro.

À Vocês, O Meu Amor

Karin, Taty, Cinthia, Sônia, Érica

Fomos realmente grandes amigos. Algumas falhas, sim, mais que graça teria se fosse o contrário? Hoje, já profissionais, estamos compartilhando as expectativas de uma nova etapa de nossas vidas, hoje somos enfermeiros, e como tal, temos inúmeras responsabilidades para com a sociedade em que vivemos. Agradeço a vocês, todos os momentos em que juntos brincamos, nos estressamos e choramos. Agradeço por terem paciência comigo, eu, um moleção no meio de vocês. Agradeço por hoje poder dizer:

Obrigado, minhas queridas amigas.

N.Cham. TCC UFSC ENF 0269
Autor: Silva, Marcelo Lui
Título: Emergência, quando os segundos c
972493073 Ac. 241445
Ex.1 UFSC BSCSM CCSM

CCSM
TCC
UFSC
ENF
0269
Ex.1

Maíra

Espero que você torne-se a profissional excelente que almejas ser. Acredito em você e muito obrigado pelos puxões de orelha que você me deu, lembra???

Te adoro.

Rose

Quando te vi na coordenadoria de enfermagem pela primeira vez, tive medo de você. Mais aos poucos, nossa relação extrapolou as burocracias acadêmicas você me deu espaço para poder conhecer realmente a pessoa especial que você é.

Um grande beijão, do Marcelinho.

Aos colegas do curso de Graduação em Enfermagem

Por se mostrarem presentes nos momentos alegres e tristes de nossa caminhada acadêmica.

Valeu a companhia

Aos Clientes

A todos os clientes que comigo estiveram durante toda a minha academia de Enfermagem, em especial *ao seu Antônio*, por sua simplicidade de vida e vontade de viver.

Professora Tânia

Que “brigando” comigo, me deu uma responsabilidade enorme em não decepcioná-la. O que posso lhe dizer é muito obrigado por confiar em mim, por aceitar orientar o meu projeto, por se mostrar uma pessoa amiga e acima de tudo por colocar em prática uma coisa que eu realmente acredito, que é a relação pessoa/pessoa.

Você é ótima.

Professora Neuza

Que mesmo fazendo parte de um momento de minha vida tão longe, a segunda fase, permanece na minha lembrança e na lembrança de meus colegas como uma figura presente e constante, determinada e apaixonada pela enfermagem.

Você foi a decisão profissional de muitos...com certeza.

Professora Gracia

Uma “odontóloga- enfermeira” que durante suas aulas de Patologia, nos transmitia força e determinação naquilo que fazíamos, dando-nos incentivo em nossa profissão.

Que Deus te abençoe.

Professora Therezinha
Mazuranna

Lembra da terceira fase ?

Foi muito legal, né. E você com aquele jeito todo carrancudo, passou-nos credibilidade e confiança naquilo que nos era dado. Obrigado por ter sido a minha primeira professora de estágio. Com certeza, sua influência é uma constante em determinadas atitudes tomadas por mim.

Pessoal,
Simplesmente Um
Muito Obrigado
Por Tudo !!!!

SUMÁRIO

INTRODUZINDO O TRABALHO	19
O LOCAL DA PRÁTICA ... APRESENTANDO O LOCAL	22
EXPRESSANDO OS OBJETIVOS PROPOSTOS	26
DEFININDO O PLANO DE AÇÃO	27
REVENDO A LITERATURA	30
APRESENTANDO O MARCO CONCEITUAL	52
DESCREVENDO O PROCESSO DE ENFERMAGEM	59
RELATANDO OS RESULTADOS OBTIDOS	64
CORRELACIONANDO OS CONCEITOS UTILIZADOS COM A PRÁTICA	81
CONSIDERAÇÕES FINAIS	87
MOSTRANDO A BIBLIOGRAFIA	93
ANEXOS	97

RESUMO

Trata-se do relato de uma proposta assistencial, desenvolvida por mim, acadêmico de Enfermagem da Universidade federal de Santa Catarina, em fase de conclusão de curso, no Serviço de Emergência do Hospital Regional São José (HRSJ), com indivíduos que buscavam o serviço em situações, onde suas vidas apresentavam riscos eminentes.

Tal assistência, estendeu-se também as famílias e aos indivíduos que permaneciam internados ou em observação pelos corredores da unidade.

A peculiaridade maior deste relatório, é minha interação não apenas técnica com o cliente, mais minha relação humana, onde vivi com ele, muitos sentimentos de adequação, apresentada em anexo, através do meu diário de campo, onde contém todas as relações estabelecidas e os demais objetivos, descritos na íntegra.

Para nortear minha prática assistencial, utilizei como marco teórico, as definições de *Homem/Cliente, Família, Serviço de Emergência, Doença, Enfermagem, Enfermeiro, Necessidades Humanas Básicas, e Necessário*. Sendo sua operacionalização, efetuada através das premissas básicas da relação interpessoal e de ajuda de Traevelbee e na releitura da teoria das necessidades humanas Básicas, de Wilson Kraemer de Paula, representada por seu Processo de Enfermagem.

“Nas rodas de amigos do colégio primário, as perguntas referentes a “o que você vai ser quando crescer?” eram respondidas : “eu vou ser bombeiro”, comentava Vítor, “eu aeromoça”, nos dizia Maria Alice. Na minha vez, olhava todos e dizia: “ eu vou ser médico”.

O tempo passou e a paixão pela profissão aumentava. Agora, já com 14 anos, era freqüentemente solicitado por alguns vizinhos e parentes a realizar todos os curativos que apareciam. Mantinha em meu quarto, um pequeno estojo de primeiros socorros e um manual do Pequeno Escoteiro, que ensinava os passos básicos no primeiro atendimento. Era a minha bíblia, minha leitura preferida antes de dormir.

Com dezessete anos e no terceiro ano, além de estudar durante a noite, consegui que meus pais me matriculassem no curso pré- vestibular do Energia. Foram muitas gramas cortadas, muitos quintais carpidos e com um certo custo, fiz o curso.

Freqüentava as aulas com assiduidade. Porém tive enormes dificuldades em acompanhar as matérias, pois vinha de um curso secundarista extremamente fraco, onde a opção pela Medicina no vestibular deu lugar a Enfermagem.

O meu primeiro vestibular foi realizado no Instituto Estadual de Educação, onde semanas mais tarde, após sair a listagem dos aprovados, não encontrei o meu nome.

Era final de janeiro e eu, um adolescente, não havia conseguido entrar na tão sonhada Universidade Federal de Santa

Catarina.

Economizando, apertando e tendo como principal prioridade, a minha educação, minha mãe matriculou-me novamente no pré- vestibular. Foi um ano de estudo integral. Agora, eu já entendia as fórmulas de matemática, física e certas estruturas químicas.

Estava então, com dezoito anos, cabelos compridos na altura da cintura e o rosto cheio de espinhas.

Foram noites e noites seguidas, de estudo. Apostilas espalhadas pelo chão, lembretes e macetes colados no teto de meu quarto e nas paredes do banheiro. Estava mesmo determinado a concretizar o meu sonho profissional.

Novembro chegou, e com ele chegou também o dia da entrega da ficha de inscrição do vestibular. Por felicidade (hoje posso dizer isto), mas no dia, por falta de coragem e medo de não passar, no espaço das opções, escrevi o código do Curso 52, relativo a Enfermagem, e não o 54.

Entreguei no banco e fui para casa de cabeça baixa, triste, mas sentia que no fundo havia feito um bom negócio.

Terminada as provas seletivas para o ingresso na universidade, sabia que tinha me dado bem porém a ansiedade do resultado era massacrante.

Dia 18 de janeiro de 1993, minha mãe me acordou para dizer-me que o listão dos aprovados havia sido publicado e que já estava à venda. Resolvi ir pessoalmente até a Coperve, e lá, entre tantos nomes, achei o meu. Tinha passado para o primeiro

semestre de 93.

Não acreditava, saí pulando de alegria no meio daquela gente toda, e uma garota, que também tinha passado, vendo minha euforia, lambuzou-me todo de tinta guache azul.

Todo sujo, peguei o ônibus e fui para casa. Queria mostrar a todos a minha conquista, pois agora eu já era um universitário.

Duas semanas depois, com os documentos no braço, cabeça raspada escondida por um boné e com a maior cara de calouro, achei a coordenadoria de enfermagem para realizar a minha matrícula. Lá, sentada numa cadeira atrás do computador, estava a Rose, que meio receptiva, pegou meus documentos e efetuou minha matrícula.

Com um ar de graça, falou-me:

“Olha, a maioria do pessoal reprova em Bioquímica”.

“Obrigado pelo toque”. Respondi assustado.

Em março, as aulas começaram, e lembro-me ser a segunda pessoa a entrar na sala de aula. Durante a aula de Introdução a Pesquisa em Enfermagem, ministrada pela professora Albertina, fizemos um círculo e nos apresentamos.

O semestre ia passando, as aulas de Bioquímica, Anatomia, Histologia e Biologia me agradavam e muito. Esperava ansioso pelas segundas feiras, para ter aulas de primeiros socorros com a enfermeira Nazaré, que contava suas experiências vividas na Emergência do Hospital Universitário. A partir daí, minha paixão por situações de emergência começava a criar moldes.

Terminado o semestre, resolvi trancar a faculdade e fazer

um novo vestibular, agora para o tão sonhado curso. Seguindo as rotinas de um vestibulando, estudava noite e dia, porém realizei as provas e não passei.

Retornei no ano seguinte ao meu curso de origem, determinado a cursar o semestre, mas sem perspectivas de continuá-lo. Minha verdadeira turma já estava na terceira fase, e eu, ainda na segunda. Durante as aulas de Microbiologia, a professora Neuza, também enfermeira, nos transmitia uma imagem da enfermagem que nos emocionava.

O seu empenho, a sua convicção e o seu amor pela enfermagem, colaboraram para que eu continuasse o semestre. A Neuza tinha orgulho de nós, realmente tinha, e nós a adorávamos. Confesso que por seu ideal de vida, comecei a enxergar a enfermagem com outros olhos.

O tempo voou, e lá estamos nós na terceira fase. Patologia, Fundamentos de Enfermagem, Farmacologia ... Essa era a grade curricular principal.

O primeiro estágio acadêmico foi realizado no serviço de Traumatologia e Neurocirurgia do Hospital Governador Celso Ramos, onde Therezinha era nossa professora supervisora. Eu, Fabiana, Karina, Daniela e Zuleica compúnhamos o grupo.

Recordo que no primeiro dia de estágio, antes de ir ao hospital, entrei na Catedral e pedi í Deus que me orientasse e não deixasse que eu ocasionasse nenhum mal a quem eu cuidasse. E até hoje, Ele me escuta. Obrigado ...

Foi um estágio super legal. Meu primeiro cliente foi o seu

Antônio, um senhor do interior do Estado, internado na unidade com neoplasia de bexiga e metástases generalizadas. Fizemos um grande laço de amizade. Dei-lhe um boné e levei-lhe para ver o mar da janela da unidade. “Nunca tinha visto essa imensidão de água junta”, comentou admirado.

Foram ótimos momentos, e esqueçê-los, será difícil.

No último dia na unidade, para nossa surpresa e gratificação, fomos abordados por nossos clientes que nos desejaram boa sorte em nossas profissões dando-nos caixas de bombom.

A despedida foi emocionante, choramos muito, enquanto dividíamos os chocolates sentados na praça do HEMOSC.

Nas aulas de Patologia, a professora Gracia nos mostrava o nosso real valor junto a sociedade e o quanto éramos importante.

Quarta fase! Posto de Saúde. Não me identifiquei com tal área.

Vivia fugindo das vacinas, e o grupo, formado por mim, Simone, Fabi, Patrícia, Joyce e Luís se divertia muito a cada subida de morro, a cada “experiência internacional” relatada pela professora Cristina. Valeu a experiência.

Quinta fase! Enfermagem nas Intercorrências Clínicas. O medo era grande. Processo de Enfermagem !!! O que é isso?????

Eu, Isabel, Patrícia, Karina e Jakçon iniciamos o primeiro estágio na Comunidade. “Que saco!”, pensava.

Íamos na escola do Córrego Grande e realizávamos consultas e visitas domiciliares. E numa dessas visitas, ao chegar

no topo do morro, onde morava nosso cliente, fomos atacados por um bando de gansos enormes, onde um corrida para um lado, a professora para o outro e no final, apenas gargalhadas.

Terminado este estágio, iniciamos o de Clínica Pediátrica com a professora Roseli. “Que delícia, adoro hospital”. Foram muitas fraldas trocadas, muitas histórias experienciadas e a paixão pela enfermagem já era concretizada.

Medicina??? Nem pensar!

Pôr último, começamos a tão falada e assustadora Clínica Médica Adulto, com a então professora Gracie. No primeiro Processo, todos média 6,0. Que terror. Com o decorrer dos dias, devido a grande profissional que é, terminamos o estágio com médias 9,0 e 9,5.

À enfermeira Gracie, o meu maior profundo respeito profissional.

Com a publicação das notas, todos indo rumo a sexta fase, que alívio.

As aulas recomeçaram e com ela, as preocupações. Enfermagem nas Intercorrências Cirúrgicas e de Urgência, essa era a principal disciplina da fase.

Começamos o estágio, com o mesmo grupo da fase anterior, por UTI, no Hospital Celso Ramos. Lá, pude lidar com alguns medos, como o medo da morte e da invalidez, tudo isso, representado no cuidado é um rapaz internado, de dezessete anos, com diagnóstico médico de carcinoma de testículo. Faleceu três dias após. Saí deste estágio com a convicção de que teria que

trabalhar mais com os meus medos.

Em seguida, começamos o estágio de Clínica Cirúrgica, que foram vinte dias de puro estresse e pressão. Avaliado apenas por uma sondagem vesical de demora mal sucedida no segundo dia de atividades práticas, fui praticamente ignorado por minha professora supervisora. Quase desisti de tudo. Hoje, agradeço a meus colegas e amigos o apoio prestado.

Terminado o pesadelo, fomos para a Emergência do Hospital Universitário. “ Ah! Que beleza, me encontrei”. Foi apenas uma semana. Mais foi a decisiva em minha escolha para minha monografia de conclusão de curso.

A essa altura, procurávamos abrigo e consolo no ombro uns dos outros. Éramos realmente uma turma.

Os outros estágios de Emergência Pediátrica e Centro Cirúrgico ocorreram sem maiores intercorrências.

Primeiro semestre de 1996! Começamos as aulas com a apresentação das disciplinas. Na grade curricular, Enfermagem Obstétrica, Enfermagem Psiquiátrica II e Administração em Enfermagem.

Sempre com o mesmo grupo, iniciamos com obstetrícia, no puerpério do HU. Orientávamos as parturientes, assumíamos os cuidados pós-parto dentre outras coisas. Isabel, agora mãe, curtia de montão o estágio.

Em seguida, com a professora Marisa, fomos a neonatologia da Maternidade Carmela Dutra, onde entre banhos, fraldas, exames físicos e procedimentos técnicos mais específicos,

realizávamos o estágio com muita empolgação, pois estávamos trabalhando com a vida, e não com a doença. Cada bebê era uma nova geração.

Por fim, terminamos obstetrícia, com o estágio na sala de parto, também na Carmela, do qual, o primeiro parto por nós presenciado, foi uma cesariana de emergência. Na mesa cirúrgica, uma jovem com quadro de eclâmpsia. Olhávamos o obstetra com atenção. Cada tecido cortado, uma expectativa. A parede uterina parecia um imenso muro entre nós e o que poderíamos presenciar.

Ao erguer as mãos, o obstetra mostrou-nos um feto completamente cianótico e com duas circulares de cordão em volta do pescoço. Coloquei a mão no rosto, e a mãe perguntava por seu filho. O silêncio na sala era grande. A técnica de enfermagem levou o bebê para os primeiros cuidados com o pediatra de plantão.

Superando qualquer expectativa, fui de encontro ao que realmente poderia ter acontecido, e chegando ao berço aquecido, encontrei um lindo bebê, todo rosinha e com penugens por todo o seu corpinho. Com certeza, foi o recém nascido mais lindo que eu já vi.

Terminado obstetrícia, iniciamos Psiquiatria II, o “terror das disciplinas”, era o que comentavam. No ônibus, indo em direção a até então Colônia Santana, calados, olhávamos a professora Tânia, e esta por sua vez, também nos olhava.

Os primeiros dias foram horríveis. A miséria humana era nossa companheira diária e o medo de nos identificarmos, tornou-

se uma constante. Foi um verdadeiro confronto com o nosso EU desconhecido, e sem dúvidas, o crescimento pessoal foi a consequência.

Administração foi bom! Valeu como experiência.

1997.1. Agora eu, um formando, enchia a boca no centro acadêmico e falava de meu projeto assistencial aos demais colegas da graduação.

Infelizmente, ou felizmente, não sei, não consegui concluir o meu projeto de oitava fase, ficando para trás. Meus amigos se formaram, e hoje, alguns já exercem a tão sonhada profissão. É eles, o meu imenso obrigado por terem feito parte de minha vida e a minha imensa saudade por nos separar-mos neste final de curso. Fomos realmente uma turma (...).

Decidido a repetir a fase, pedi a Tânia que me orientasse no atual projeto e ela aceitou. Com o projeto praticamente pronto, não tinha o campo de estágio.

Numa determinada tarde, em presença da professora Ilca, fui intimado pela Tânia a fechar o campo, pois corria o risco de ficar sem sua orientação. Saí da sala apavorado e tomei rumo ao Hospital Celso Ramos. Lá, fiquei sabendo que a unidade de emergência estava em reformas e seria inviável iniciar o estágio naquelas condições.

Sem opções e com pouco dinheiro no bolso, peguei um ônibus e tomei rumo ao Hospital Regional. Chegando lá, conversei com a enfermeira Cíntya, e expondo o meu problema, resolveu aceitar minha supervisão. Retornei à sala da Tânia duas horas

depois com a resposta. Foi um dia super corrido, e corrido foram os dias que se sucederam até o dia 27 de novembro, data da entrega dos relatórios de estágios à Banca Avaliadora.

Ô Tânia, um muito obrigado.

E a Enfermagem ... a minha profissão:

O respeito por ser uma prática de doação, entrega e responsabilidade.

Com certeza, serás uma constante em minha vida, onde o apertar de mãos, o encostar no ombro, o olhar atento nos olhos do cliente, constituem no alicerce básico da assistência e do assistir. E sendo este tipo de interação que eu acredito, é dele que faço uso e defendo.

Sentar ao lado de um idoso e proporcionar-lhe um momento onde sua vida pode ser relatada, rir de emoção quando um cliente grave lhe sorri de alegria, tornar-se uma lembrança inesquecível e de paz a quem lhe pede auxílio, é para mim com certeza Enfermagem.

Puncionar veias? Aplicar injeções? Passar sondas?

Tudo prática! E como prática, o tempo trata de ser amigo.

E nessa história toda, o único avaliador de peso de minha assistência, é meu cliente, pois quando me despeço dele, após ter mantido uma relação de ajuda e sinto que sua angústia foi minimizada pelo simples fato de ter-lhe dado atenção, sinto que atingi o meu objetivo profissional e que realmente entendi o que é Enfermagem e o que é ser Enfermeiro.

"INTRODUDINDO O TRABALHO"

Conforme nos mostra Leavel e Clark, (1990, p.303), *“as principais causas de morte na faixa etária de cinco a quarenta anos, estão diretamente relacionadas a causas externas, ou seja, a acidentes de todos os gêneros e violências urbanas, onde os acidentes de trânsito são responsáveis por 30% dos óbitos, numa escala geral de mortalidade, com o seu número em ascensão no país e em todo o mundo”*.

Nasi, (1994, p.03), relata que *“o trauma é um crescente problema em saúde pública, produzindo cerca de 50.000 mortes no Brasil por ano, deixando mais de 350.000 seqüelados, onde 50% dos óbitos, ocorrem no momento do acidente ou na primeira hora do trauma”*.

Esses dados, associados a identificação pessoal e acadêmica com as situações que exijam raciocínio e ação rápidas, levou-me a desenvolver o estágio de conclusão de curso, representado pela disciplina INT- 5134-Enfermagem Assistencial Aplicada, na unidade de Emergência do Hospital Regional de São José Dr. Homero de Miranda Gomes, situado no município de São José, de 01 de setembro à 07 de novembro de 1997, resultando em 270 horas de estágio prático.

Minhas atividades acadêmicas foram desenvolvidas, na maioria durante o período matutino, com alguns plantões vespertinos e um noturno intercalados.

Meu projeto, apresentava como objetivo geral de estágio, *“prestar uma assistência de enfermagem aos indivíduos adultos que buscavam o Serviço de Emergência do Hospital Regional de São José em situações de risco eminente de vida, bem como aos familiares de vítimas de acidentes fatais”*.

Este relatório apresenta a descrição, a avaliação e as considerações dos resultados obtidos na implementação dos objetivos.

Pude observar que todos os clientes atendidos por mim possuíam características próprias e muito diferentes daqueles que se submetiam a tratamentos eletivos ou buscavam atendimentos nos serviços de atenção primária. Eram geralmente

mais ansiosos, inseguros e aflitos.

Convivi durante dois meses atendendo as mais diversas ocorrências emergenciais com clientes e familiares, onde o medo da morte, o choro, o grito, as lágrimas e muitos adeuses, faziam parte de um contexto do qual eu me inseri subitamente, fazendo-me refletir, acerca de uma postura profissional totalmente diferenciada daquela que eu estava habituado a fazer.

Foi a partir deste estágio, que comecei a entender a importância de atender um cliente em sua total integridade, vendo-o como um ser humano único, possuidor de desejos, ideais, vontades e valores próprios, pois na prática cotidiana, pude realmente observar que a ética na saúde, realmente muitas vezes, vai de encontro a situações que não condizem com as necessidades do cliente.

Foram incontáveis vezes, em que eu me deparei com episódios onde o cliente tornava-se um objeto manipulado nas mãos dos profissionais, onde as únicas palavras para ele dirigidas era *“vai doer só um pouquinho, não puxa o braço, tá?”*.

Conforme Nazário, (1996), esta, relata que o cliente atendido num setor de emergência sofre um grande impacto com tal ambiente, por isso, abordava-os constantemente com sorrisos, apertos de mão, encostar de peles, pois sentia que tal interação diminuía a tensão vivida e aumentava sua confiança em relação a mim, principalmente quando ao final de um diálogo, eles me chamavam pelo meu nome.

Confesso pois, que a assistência imediatista é fundamental e necessária no atendimento emergencial e de urgência, porém torna-se um problema no assistir, fazendo-se necessário que a enfermagem desperte para as necessidades do cliente que não dizem respeito só ao biológico e sim ao seu todo.

O LOCAL DA PRÁTICA

"... APRESENTANDO O
LOCAL"

Falando Um Pouco sobre a Emergência do Hospital Regional de São José

O Hospital Regional de São José (HRSJ), Dr. Homero de Miranda Gomes, situa-se na rua Adolfo Donato Silva, s/n, no bairro da Praia Comprida em São José.

Trata-se de um hospital geral, de referência a casos clínicos em Cardiologia e Ortopedia no Estado de Santa Catarina, onde o atendimento público acontece através do Sistema Único de Saúde (SUS), e o atendimento privado, dá-se por convênios de saúde, onde os clientes internados por tal sistema, permanecem em apartamentos individuais.

A emergência do HRSJ atende todos os clientes que ali buscam o serviço, independentes se possuem convênios ou não.

Situa-se no andar térreo do hospital, sendo o serviço constituído por áreas físicas diversas e específicas em suas funções. Para melhor entendimento, apresentamos um quadro com a denominação, quantidade e finalidade de cada sala.

<i>Recepção Externa ou Sala de Espera</i>	01	Local onde os clientes aguardam atendimento com o médico triagista. Geralmente, são situações clínicas com características ambulatoriais.
<i>Balcão de Atendimento</i>	01	Diretamente ligado a sala de espera, é onde os clientes são atendidos por alguns funcionários, que após identificação pessoal, tem suas fichas de atendimento devidamente preenchidas para serem encaminhadas ao médico, quando forem chamados.
<i>Consultórios de Triagem Médica</i>	02	Aqui, os clientes que aguardam atendimento na sala de espera, são avaliados pelo médico, que dependendo do caso, os encaminham à outros profissionais especializados ou à sala de medicação.

<i>Sala de Procedimento Cirúrgico</i>	02	Local destinado ao atendimento de clientes politraumatizados que não necessitam de técnicas mais emergentes. Suturas, debridamentos, curativos cirúrgicos, são as intercorrências mais atendidas nesta sala.
<i>Sala de Medicação</i>	01	É onde os clientes, após serem avaliados, são medicados pelos funcionários da equipe de enfermagem e/ou aguardam resultados de exames.
<i>Sala de Reanimação Cárdio-pulmonar</i>	01	Sala provida de todo o arsenal terapêutico destinado as manobras de ressuscitação, sendo aqui efetuados todos os procedimentos relativos a tal técnica. Nesta mesma área, é mantida uma maca para atendimento aos clientes que necessitem de constante monitoramento.
<i>Posto de Enfermagem</i>	01	Aqui ficam estocados toda a medicação destinadas ao clientes do repouso e dos corredores. Sua preparação é efetuada neste local, para depois serem administradas pela equipe de enfermagem. Também, os prontuários médicos ficam sobre um balcão central.
<i>Sala para Curativos Assépticos</i>	01	É onde podem ser realizadas algumas suturas, instalação de sondagem vesical, etc.
<i>Consultórios Médicos</i>	05	Um consultório destinado ao atendimento cirúrgico, dois destinados à clínica médica, um para a cardiologia e um para a ortopedia. Aqui, os clientes são avaliados pelos especialistas, e dependendo do caso, são liberados para alta, permanecem em observação ou ficam internados.
<i>Isolamento</i>	01	É onde são mantidos os clientes com suspeita ou confirmação de doenças infecto-contagiosas. Por ser a sala que possui um maior número de fonte para oxigênio, pode também ser utilizada para a permanência de clientes que façam uso de tal terapêutica.
<i>Sala de Eletrocardiograma</i>	01	Após ser atendido pelo cardiologista, o cliente que necessitar deste serviço, é encaminhado a esta sala para realizar tal exame. Após ser atendido, tem seu resultado para poder retornar a consulta anterior.

<i>Sala de Gesso</i>	01	Necessitando de aparelho gessado ou talas de imobilização, o cliente que foi atendido pelo ortopedista, é enviado a esta sala para a efetuação de tal procedimento.
<i>Sala de Enfermagem</i>	01	Local destinado aos profissionais de enfermagem para guarda de seus pertences, com uma mesa central, onde a enfermeira do plantão realiza suas anotações diárias.
<i>Repouso</i>	01	São três quartos, cada um, com três leitos. Aqui, são enviados os clientes internados que aguardam vaga nas unidade de internação. Os leitos são divididos por especialidade médica, onde quatro são reservados para a cardiologia e o restante para as demais especialidades clínicas.
<i>Sala de Reuniões</i>	01	É onde são guardadas as macas, cadeiras de rodas, carrinho com as roupas que vem da lavanderia, e também é onde são realizadas as aulas para o curso de Auxiliar de Enfermagem.
<i>Expurgo</i>	01	Aqui é realizada a lavagem do material utilizado pelos clientes internados (comadres, papagaios, etc.) e também, serve para receber a roupa que irá ser enviada para a lavanderia.
<i>Copa</i>	01	Local de estoque da comida dos clientes internados e em observação.

"EXPRESSANDO OS
OBJETIVOS
PROPOSTOS"

OBJETIVO GERAL

Prestar assistência de enfermagem aos clientes que procuram o Serviço de Emergência do Hospital Regional de São José em situações de risco eminente de vida, bem como aos familiares de vítimas de acidentes fatais.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Prestar assistência de enfermagem aos clientes que procuram o Serviço de Emergência do HRSJ submetidos à situações de emergência/ urgência.

Prestar assistência de enfermagem aos familiares submetidos a notícia de óbito de um ente familiar.

Aprofundar os conhecimentos técnicos científicos relacionados as situações de emergência urgência.

Selecionar dez (10) clientes com histórias clínicas diferentes para a aplicação do Processo de Enfermagem.

Conhecer os serviços de atendimento Pré-Hospitalar da grande Florianópolis.

Visitar o Hospital Municipal de Pronto Socorro em Porto Alegre (RS).

EM BUSCA DO DESAFIO

"... DEFININDO O
PLANO DE AÇÃO"

Segundo *Lakatos & Marconi*, (1988,p. 163), “os métodos e as técnicas a serem empregados nas pesquisas e projetos científicos podem ser selecionados desde a proposição do problema, da formulação de objetivos e da delimitação do universo e da amostra. Tanto os métodos quanto as técnicas devem adequar-se ao problema a ser estudado”.

Temos um método quando seguimos um certo caminho, para alcançar um certo fim. Esse fim pode ser o conhecimento ou também pode ser um fim humano ou vital; por exemplo a felicidade.

Assim, o método é um conjunto de atividades sistemáticas e racionais que com maior segurança e economia, permitem alcançarmos um objetivo, traçando o caminho a ser seguido, detectando erros e auxiliando as decisões de querer elaborar um projeto.

Visto isto, descrevo o processo de enfermagem, segundo a releitura da teoria das Necessidades Humanas Básicas, proposto por Paula (1993), que serviu de alicerce para a implementação dos objetivos traçados no início do desenvolvimento desta minha prática.

Prestar assistência de enfermagem aos clientes que procuram o serviço de Emergência do HRSJ submetidos a uma situação de emergência/ urgência.

Estratégias:

- Receber o cliente junto com a equipe profissional;
- Atender as prioridades na assistência inicial (exame físico primário);
- Realizar exame físico secundário (céfalo-caudal);
- Atender as demais necessidades do cliente.

Prestar assistência de enfermagem aos familiares a notícia de óbito de um ente familiar .

Estratégias:

- Acompanhar o enfermeiro (a) no momento da comunicação do fato;
- Permanecer com os familiares e/ou acompanhantes, até que os mesmos manifestem um certo grau de alívio de sua dor, compartilhando o momento vivido, através da escuta silenciosa ou de uma palavra de conforto.

Aprofundar os conhecimentos técnicos científicos relacionados as situações de emergência urgência.

Estratégias:

- Levantar bibliografias das cinco (05) situações emergencias mais frequentes;
- Fazer o fichamento das situações;
- Realizar todas as técnicas de enfermagem possíveis, que me possibilitarem desenvolver minhas habilidades.

Selecionar dez (10) clientes com histórias clínicas diferentes para a aplicação do Processo de Enfermagem.

Estratégias:

- Criar um instrumento simplificado do Processo de Enfermagem, contendo Histórico, Diagnóstico Situacional, Diagnóstico de Natureza, Prescrição, Evolução e Prognóstico de Enfermagem;
- Aplicar o instrumento sob forma de entrevista informal.

Conhecer os serviços de atendimento Pré-Hospitalar da grande Florianópolis.

Estratégias:

- Contatar com Help Emergências Médicas e o Grupo de Busca e Salvamento (GBS);
- Visitar o local;
- Verificar a possibilidade de acompanhá-los em um plantão;
- Realizar um relatório das atividades desenvolvidas pelos dois grupos.

Visitar o Hospital Municipal de Pronto Socorro em Porto Alegre (RS).

Estratégias:

- Contatar com o Serviço Hospitalar;
- Solicitar ajuda de custo junto à Universidade Federal de Santa Catarina;
- Realizar um relatório da visita efetuada.

A REVISÃO DA
LITERATURA ...

"APROFUNDANDO OS
CONHECIMENTOS"

O saber científico, a agilidade, a determinação, o bom senso, juntamente com a capacidade de discernimento, são por vezes, mais importantes que os recursos materiais de última geração, de que se dispõe para eficiência no atendimento emergencial.

A experiência universal de profissionais que atuam em atendimento de emergência e os achados literários que tratam de tal assunto, confirmam que as possibilidades de recuperação do cliente atendido no Serviço de Emergência crescem em relação à rapidez e eficiência com que esta emergência é tratada e prontamente reconhecida e diagnosticada.

As atividades de assistência em emergência são responsabilidade de todos que ali atuam, onde tais profissionais possuem funções definidas, que se iniciam desde o momento em que se toma conhecimento da causa patológica até a admissão na unidade de Serviço de Emergência, encerrando-se em alta, transferência ou óbito.

Segundo *Werner (1980,p.20)*, “*emergência é qualquer condição que na opinião do cliente, de sua família ou de quem assumir a responsabilidade de trazer o indivíduo ao hospital, necessita de assistência médica imediata, onde esta condição se estenderá até que um profissional de saúde determine que sua vida ou seu bem estar não encontra-se mais em perigo*”.

Drumond & Lima, (1992,p. 01), definem emergência como sendo “*uma atuação crítica, que coloca a vida em perigo e obriga uma atuação para a reversão do quadro, onde o indivíduo encontra-se em desequilíbrio homeostático, por enfrentar obstáculos que se antepõe a seus objetivos de vida, visto que uma situação de emergência pode ser descrita como aquela em que alterações anormais no organismo humano resultam em drástico transtorno da saúde ou em súbita ameaça a vida, exigindo medidas terapêuticas imediatas*”.

Como nos mostra *Filho, (1991,p. 93)*, conceituar emergência é muito difícil, pois existem muitas controvérsias na literatura a respeito de sua definição. Tal afirmativa pode ser comprovada na definição de emergência apresentada pelo referido autor, quando diz que: *“emergência tem como o objetivo primordial o manuseio precoce e correto dos quadros em que haja risco eminente de vida ou debilitação importante. Também fica claro que é o paciente quem define o que é emergência, estando o setor sempre a disposição para o tratamento de condições episódicas e portanto inusitadas de crises de saúde de acordo com a demanda”*.

Soares (1996,p.73) especifica que “ o atendimento de emergência é entendido como sendo uma condição mórbida, decorrente de um mal súbito ou um traumatismo que põe em risco a integridade de segmentos nobres do organismo, ou ameaçam a vida. Exige socorro médico e de enfermagem imediatos, devendo ser visto com especial atenção por todos aqueles que direta ou indiretamente estejam envolvidos”.

Pierin (1985, p.54), afirma que, “ o atendimento de emergência abrange todo e qualquer situação em que exige-se pronto atendimento, seguido ou não de encaminhamento para outros serviços, de acordo com a avaliação realizada no momento”.

Em seus estudos sobre medicina de urgência, *Werner, (1980,p. 34)*, define urgência como sendo um “estado patológico que se instala bruscamente em um cliente, causado por acidentes ou moléstias e que exige intervenção imediata”.

Oliviére (1985,p.68), comenta que na “urgência há sempre uma grande modificação no modo de viver, o que pode levar ao surgimento de necessidades até então não supridas, o cliente tem o seu problema imediato,pelo menos, parcialmente resolvido, com o aumento de seu bem estar, ou sentimento de adequação”.

Lopes (1984), considera que a diferença básica entre uma situação emergencial, de urgência e não urgente, está relacionado com o prazo de tempo decorrente do início da situação até o estabelecimento do tratamento e as suas consequências, classificando-os assim:

1 - Não - Urgente ou Rotina: o tratamento pode ser retardado até várias horas, sem que haja risco de vida aumentado ou de incapacidade permanente.

2 - Urgente: o tratamento necessita ser iniciado dentro de poucas horas, pois a patologia ou a causa urgente, pode evoluir de tal maneira, com risco de seqüelas permanentes e até mesmo a morte.

3 - Emergência: o tratamento deve ser imediato, com início em poucos minutos, pois a morte é a consequência mais severa, nesta situação.

Estrada (1981,p. 13), utiliza outra maneira de ordenar tais situações:

“1 - Categoria Emergente: deve incluir as afecções que ameaçam a vida do cliente, tais como: parada cardíaca, obstrução das vias aéreas, hemorragias incontroláveis.

2 - Categoria Urgente: caracterizada por problemas que exijam tratamento dentro de poucas horas, para impedir que a lesão ou a doença piore ou se torne incapacitante.

3 - Categoria Não - Urgente: inclui condições que podem esperar para serem tratados, sem que isso implique em resultado prejudicial”.

Roger, Osborn & Pousada (1992,p. 16), além de definirem as diferenças das situações, apresentam algumas descrições clínicas que as caracterizam:

“1 - Situação Emergencial: é aquela onde os clientes necessitam de tratamento e cuidados imediatos, sendo os casos de:

Sistema Cardiovascular_ Parada cárdio-respiratória; dor torácica acompanhado de arritmias e taxa cardíaca em torno de $> 140 < 50$; pressão diastólica em 130 mmHg com dor torácica, enzimas cardíacas com valores laboratoriais alterados e edema pulmonar; arritmias cardíacas, insuficiência cardíaca congestiva(ICC), estado mental alterado acompanhado de dispnéia.

Sistema Respiratório_ Insuficiência respiratória, acompanhada de alterações do nível de consciência, aflição das vias respiratórias (sibilos, estridor, dificuldade de falar), taxa respiratória > 30 ou < 60 ; história de alergia por substâncias exógenas; edema de glote; trauma penetrante da cavidade torácica; hemoptise em quantidade superior a uma colher de chá, ou

história de corpo estranho. A obstrução das vias aéreas, também caracteriza - se por uma situação emergencial.

Abdome_ Trata-se de uma situação de emergência, quando o cliente apresenta sangramento do trato gastrointestinal superior e/ou inferior, dor aguda com febre e sinais vitais alterados, acompanhado de sensibilidade moderada e severa à palpação. O trauma perfurante do abdome também caracteriza-se por ser uma situação que exija socorro imediato.

Outros como, sangramento vaginal abundante acompanhado de sinais vitais anormais e história de gravidez; tentativa de suicídio com a vítima apresentando extrema agitação, alucinações, profunda depressão e desorientações mental; cefaléia intensa, com história de perda da consciência, acompanhada de déficits focais e pressão arterial diastólica igual ou superior a 130 mmHg; overdose de drogas; hemorragia séria; convulsão em andamento; choque, são situações em que o imediatismo da terapêutica, irá determinar o prognóstico do cliente.

2 - Situação Urgente: é aquela onde os clientes com doenças ou ferimentos sérios necessitam de internamento e/ou avaliação em vinte minutos ou duas horas.

Sistema Cardiovascular_ Quando o cliente apresenta história de insuficiência cardíaca congestiva ligeira à moderada, história de doença cardíaca com dispnéia e palpitações.

Abdome_ Dor abdominal moderada, acompanhada de náuseas, vômitos e diarreia.

3 - Situação Não Urgente: apresenta clientes com ferimentos menores e em condições não agudas, que devem ser encaminhados à um ambulatório de pronto atendimento; sendo os casos de luxação ou deslocamento, queimaduras em grau menor, congestão nasal/ tosse, disúria, ardência na garganta, febre moderada, miases, tunga penetrans, dor lombar inferior etc.”.

de imediatismo, uma vez que estes instrumentos e atributos, constituem recursos disponíveis para a manutenção da vida. (Nazário, 1996, p.45).

Ao Cliente

Conforme nos cita *Brunner e Suddarth (1992, p. 1663)*, “quando se dispensa uma assistência à um cliente em situação de emergência/ urgência, muitas decisões importantes precisam ser tomadas. Tais decisões requerem um julgamento consciente, baseado na compreensão da condição que produziu a emergência e seus efeitos sobre o cliente”.

Quando o cliente é recebido em qualquer Serviço de Emergência, o objetivo primordial é a determinação da enfermidade, estabelecendo prioridades, afim de iniciar o tratamento. As prioridades, são determinadas pela comparação da ameaça a vida do cliente.

Para *Souza (1985)*, o cliente que ingressa no Serviço de Emergência lúcido e consciente, percebe tudo o que acontece ao seu redor, assim como toda a assistência prestada. Conforme as características individuais de cada cliente, entre as quais, grau de instrução, nível sócio - econômico, gravidade de seu quadro clínico, ele poderá sentir-se seguro ou imaginar-se muito grave. Por isso, o respeito às características individuais de cada cliente deve ser motivo de reflexão pela equipe na abordagem ao cliente de emergência.

O Atendimento Inicial, à vítima, submetida a uma ação emergencial, segundo *Lopes (1984, p.5)*, deve seguir determinados passos, para que se tornem efetivos.

“Confirmada a presença de uma emergência, o atendimento deve ser imediato e realizado de acordo com as peculiaridades de cada caso. Tais peculiaridades são determinadas pela gravidade do caso, em termos de risco de vida” .

O atendimento se inicia com uma rápida avaliação das funções vitais, quando necessário (suspeita de choque hipovolêmico, por exemplo), com o emprego de medidas terapêuticas para a manutenção vital.

A ressuscitação cardíaco - pulmonar, não depende de um diagnóstico lógico para sua realização.

Então, realiza-se inicialmente, uma avaliação da permeabilidade das vias aéreas, das características da respiração e da circulação, juntamente com a verificação do estado e consciência do cliente. De acordo com os resultados desta avaliação, as primeiras medidas podem ser efetuadas, no intuito de manter vias aéreas desobstruídas, manutenção de ventilação e oxigenação adequados, correção de alterações no transporte de oxigênio e das alterações metabólicas, remoção de fatores causadores de distúrbios neurológicos.

Considerando que os traumatismos ou as enfermidades que interferem com a função fisiológica vital (oxigenação e circulação) contam com uma maior prioridade de atenção, devemos levar em consideração, alguns princípios no atendimento a tais situações, sendo eles:

Manter via aérea prévia e proporcionar ventilação;

Iniciar medidas de ressuscitação cardíaco- pulmonar;

Controlar hemorragias;

Avaliar e restaurar o débito cardíaco;

Prevenir e tratar o choque;

Avaliar nível de consciência;

Monitorar o cliente através do eletrocardiograma (ECG);

Controlar rigorosamente os sinais vitais”.

À Família

Geralmente, os clientes que necessitam de atenção imediata num Serviço de Emergência, são trazidos ao setor por familiares, amigos ou socorristas.

Após a admissão no Serviço, o cliente é levado a um ambiente diferente da sua realidade cotidiana, onde o acesso de quem o trouxe, muitas vezes é restrito. Esta restrição, pode ser a causadora muitas vezes, de sentimentos como ansiedade, angústia por não estarem perto do seu ente querido, insegurança por desconhecerem as medidas terapêuticas utilizadas no momento, etc.

Visto isso, a família, que permanece na sala de espera do Serviço de Emergência, deve ser informada acerca do local onde o cliente se encontra, da assistência a qual ele está sendo submetido, e bem como o seu estado clínico.

Estes fatores, diminuem consideravelmente a angústia de quem está esperando e favorece de modo positivo, na organização do setor, no que se refere a crises explosivas de revolta e estresse emocional.

Quando a equipe de Emergência se depara com situações, onde o cliente apresenta traumatismos fatais ou morte súbita, deve estar preparada para as mais variadas formas de atitudes que os familiares possam apresentar. Alguns mostram-se ansiosos, com raiva da equipe, tomando posturas até mesmos agressivas, outros negam o fato ocorrido, choram, entram em estado desesperador, muitos não reagem à notícia, caracterizando choque emocional, entre outros. Tudo isso fazendo parte do processo natural de adaptação à nova realidade vivida pela família.

“A morte nos questiona acerca de nossa competência, nossas premissas inconscientes relacionadas com a consciência da ciência moderna e a natureza de nosso papel profissional. Ela levanta dúvidas quanto ao significado da vida, morte e mortalidade.

A morte, nos confronta com um paradoxo terapêutico, uma vez que constitui tanto o momento quando anuncia que “ nada mais pode ser feito”,

quanto um momento de alívio da dor e de promoção de reconciliação e crescimento”. (Wyngaarden, Smith, Bennett, 1994, p.30).

Ainda que a negação, seja um mecanismo de defesa, que protege a pessoa contra o reconhecimento de realidades com aspectos dolorosos e perturbadores, a negação prolongada não deve ser encorajada e nem apoiada, já que a família deve estar preparada de fato para aquilo que aconteceu e o que ainda está para acontecer.

Freqüentemente, são ouvidas queixas de remorso e culpa, quando os membros da família acusam uns aos outros ou se auto-acusam de fatos como negligência, imprudência ou até mesmo, pequenas agressões.

As expressões de raiva , como agressões verbais e físicas, são comuns em situações como esta, constituindo-se numa maneira de lidar com a ansiedade. A raiva pode ser dirigida contra a vítima, porém por vezes, é expressa contra a equipe médica ou de enfermagem.

A lamentação é uma resposta complexa à uma perda antecipada. A equipe deve ajudar os membros da família, apoiando-os e permanecendo presente durante algum tempo.

Algumas atitudes tomadas por parte da equipe, ajudam consideravelmente a família a lidar com a morte súbita de um ente familiar. Não necessariamente, devem ser levada nesta mesma ordem, porém são fatos importantes na atitude terapêutica dos profissionais da saúde:

Levar a família à um local privado, sem fluxo contínuo de pessoas;

Conversar com a família, de modo, que possam se solidarizarem juntos;

Informar aos familiares de que foi feito todo o possível para que a vida do cliente fosse mantida, (informe acerca do tratamento, das medicações);

Evitar o uso de expressões impróprias no diálogo com a família, como por exemplo, “ *seguiu o seu caminho*” , “*já era sua hora*”, “*Deus quis assim*”;

Escutar, manter-se em silêncio e escutar;

Oferecer sua mão, seu abraço, sua presença;

Permitir que os membros da família falem acerca da vítima e daquilo que a mesmo significava para eles.

Para Hays e Larson (1978, p.98), “utilizar o silêncio de forma positiva e aceitadora, pode ser um valioso instrumento terapêutico, onde o profissional ao se mostrar interessado e expectante no silêncio, encoraja a família a verbalizar, tomar iniciativa, comunicar o que está lhe oprimindo. O silêncio, utilizado desta forma, evidencia propostas para o alcance do bem estar, do reconhecimento e a utilização de potenciais humanos”.

Procurando um sentido em Parse (1987, p.48), “este é o papel do enfermeiro homem, que tem a função de esclarecer significados, função de agente de trocas e mobilizador de energias para transformar significados e comportamentos, além do papel de homem que não está sozinho, e um ser com, em comum, manifestado através do trabalho, na solicitude com os outros, o que conduz ao amor e a comunicação direta. E é exatamente neste encontro de relação com os outros, que o profissional de enfermagem modifica sua prática, cresce como pessoa e profissional”.

EXPONDO OS FATORES QUE GARANTEM A EFICÁCIA DOS SERVIÇOS DE EMERGÊNCIAS HOSPITALARES

“ Há mais de 125 anos, Florence Nightingale declarava que o mínimo que se pode esperar de um hospital é que não prejudique os pacientes. É uma frase que nos dá o quadro exato do que eram os serviços médicos e de enfermagem nos hospitais da época. A enfermagem estava apenas começando e Florence Nightingale não poderia nem de longe imaginar a complexidade dos hospitais e dos serviços de nossos dias”. (Mildred K. Fincke, 1980, p. 49).

Um setor hospitalar que se destine a assistência e ao tratamento de situações críticas, necessita de recursos especializados e que, no mínimo estejam funcionando quando utilizados.

A presença de avarias que comprometam o funcionamento de equipamentos ou a falta de qualquer material de emergência poderá ser fatal à vítima que ali procura socorro.

Os cuidados de um Serviço de Emergência devem incluir a avaliação clínica e diagnóstica do cliente submetido a uma ação de emergência/ urgência, para instalação de cuidados definitivos ou de estabilização do quadro clínico da vítima.

O sistema de atendimento de emergência deve constituir-se num serviço público, acessível à toda população, padronizado e bem equipado com materiais suficientes e com profissionais qualificados à prestar os primeiros cuidados, atendendo com precisão as necessidades da clientela, respeitando os seus valores e crenças.

Drumond e Empinotti (1992) referem ainda, que uma vez criado o Serviço de Emergência num hospital público ou particular, há obrigação de receber e atender com eficácia os casos de emergência/ urgência, pois a manutenção de tal serviço, cria no público, a certeza de que terá atendimento médico sempre que houver necessidade real.

Para *Werner, (1980,p. 12)*, “ *um setor de emergência deve exercer o grau de cuidados, habilidade e diligência geralmente exercidos por hospitais da*

comunidade onde está localizado, ou por hospitais de comunidades similares. Entretanto, a tendência tem sido abandonar os padrões da comunidade ou similares, em favor de um modelo nacional”.

**CITANDO AS REREFÊNCIAS HOSPITALARES AO
ATENDIMENTO DE SITUAÇÕES EMERGENCIAIS NA GRANDE
FLORIANÓPOLIS**

Dependendo da ocorrência emergencial na grande Florianópolis e Santa Catarina, alguns clientes são encaminhados a hospitais de referência, que possuem recursos especializados na área a ser tratada. São eles:

Tipo de Ocorrência	Local de Encaminhamento com Unidades Especializadas por ordem Prioritária de Hospitais
Politraumatizados	Hospital Governador Celso Ramos; Hospital Regional de São José; Hospital Universitário; Hospital Florianópolis.
Trauma de Crânio e Coluna	Hospital Governador Celso Ramos; Hospital Regional de São José.
Trauma Infantil	Hospital Infantil Joana de Gusmão; Hospital Regional de São José.
Trauma Torácico	Hospital Regional de São José; Hospital Governador Celso Ramos; Hospital Florianópolis; Hospital Universitário.
Trauma de Abdome	Hospital Regional de São José; Hospital Florianópolis; Hospital Universitário; Hospital Governador Celso Ramos.
Trauma Ortopédico	Hospital Regional de São José; Hospital Governador Celso Ramos; Hospital Florianópolis.
Partos de Emergência	Maternidade Carmela Dutra; Hospital Universitário; Hospital Regional de São José.
Trauma Cardíaco	Hospital Regional de São José e Hospital Universitário.
Queimaduras Infantis	Hospital Infantil.
Afogamento	Hospital mais próximo ao ocorrido.
Envenenamentos	Hospital Universitário; Hospital Governador Celso Ramos; Hospital Regional de São José.

Obtive tais informações, através de discussões com os profissionais médicos e enfermeiros que desenvolvem atividades nos Serviços de Emergência dos Hospitais Universitário e Regional, bem como os socorristas do corpo de bombeiros da capital.

Convém ressaltar, que, os locais acima descritos, são os prioritários na atenção aos casos clínicos correspondentes, porém, nada impede de que um politraumatizado grave seja atendido primeiramente num hospital perto do local do acidente para depois de sua estabilização, siga sua transferência ao hospital de referência.

MOSTRANDO A ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE EMERGÊNCIA

Os Serviços de Emergência tem-se desenvolvido recentemente, dentro das estruturas hospitalares de maneira organizada e estruturada, embora há muitos anos, já existam áreas destinadas ao atendimento emergencial. Em função da evolução da assistência médica em todo o mundo, os Serviços de Emergência passaram a ser estruturados de maneira racional, exigindo obediência a critérios fundamentais, tais como, equipamentos médicos e de enfermagem específicos ao tratamento emergencial, recursos físicos qualificados, recursos materiais, etc. Assim, acerca de duas décadas, foram criadas as primeiras Organizações Assistências de Emergência (OAE), na França, Bélgica, Alemanha Ocidental, estendendo-se para os Estados Unidos e demais países.

Drummont & Empinotti, (1992,p. 51), retratam bem o que seja um Serviço de Emergência e sua organização: “É um dos poucos locais que necessitam tanto de organização e planejamento para uma eficiente prestação de serviços, pois destina-se ao atendimento à comunidade em situações críticas. É um setor que apresenta elementos dos quais servem para o atendimento, diagnóstico e tratamento de tais situações. Com a evolução da assistência médica, o Serviço de Emergência passou a ser estruturado de modo racional, exigindo obediência a critérios fundamentais, tais como equipes médicas e de enfermagem, recursos físicos adequados e materiais específicos”.

O mesmo autor aponta requisitos básicos para a elaboração do Serviço de Emergência, com o objetivo de torná-lo mais eficiente, como demonstrado a seguir:

“Estar acoplado a um hospital geral;

Conhecer a demanda de clientes;

Dispor de recursos humanos capacitados e reciclados periodicamente, de acordo com a demanda, pois o cliente de emergência/ urgência, possui características próprias, diferentes das do cliente submetido a um tratamento eletivo.

Prever área física criada e planejada, a fim de evitar erros que atrapalhem o funcionamento e dificultem o fluxograma, por exemplo: entrada privativa, estar próximo a outros serviços como: Radiologia, Unidade de Tratamento Intensivo, Laboratório, Centro Cirúrgico; deve possuir corredores amplos, entre outros.

Dispor de todo arsenal terapêutico para o tratamento emergencial e de urgência, sendo estes conservados e mantidos adequadamente pelo pessoal do setor.

Pertencer a um sistema integrado, que conte com o atendimento extra-hospitalar.

Instituir rotinas para a padronização de condutas”.

Barreto, (1993, p.07), divide as condutas profissionais, no setor emergencial em três etapas:

“Admissão: onde o cliente é admitido no setor, após ser trazido por um responsável. É o momento do qual, o profissional deverá obter o maior possível de informações sobre o ocorrido, avaliando as prioridades de atendimento emergencial.

Estabilização: caracteriza-se pela realização simultânea de manobras terapêuticas, testes diagnósticos (hemogramas, gasometrias, exame de líquor cefalorraquidiano, monitoração, etc.). Deve-se obter, também, a história do cliente com exame físico completo. Como o objetivo, é a estabilização do quadro clínico vivido pelo cliente, se existe instabilidade cárdio- respiratória ou neurológica, não se deve retardar o tratamento, enquanto se tenta obter os dados clínicos.

Encaminhamento: após ter-se estabilizado o quadro clínico do cliente, o mesmo, dependendo do estado, deverá ser encaminhado para uma Unidade de

Tratamento Intensivo, Unidade de Internação Hospitalar ou outra Instituição Hospitalar de referência à sua patologia. Em casos de óbito, o corpo deverá ser encaminhado à conservadora, para posterior entrega à família”.

Para Rego e Palácios, (1995, p.97), a organização do trabalho em emergência hospitalar está descrito da seguinte forma. “O objeto de trabalho na emergência é a pessoa gravemente doente que precisa de cuidados imediatos e

corre risco de vida. A finalidade do processo, é salvar a vida do cliente, aliviar o sofrimento intenso e agudo, oferecendo os primeiros cuidados, onde para a realização de tão nobre finalidade, todos os instrumentos terapêuticos são lançados a cena, desde um simples analgésico ao mais sofisticado respirador mecânico, onde o profissional da saúde representa a força do trabalho em questão”.

DESCREVENDO A REALIDADE ATUAL

Lopes (1984,p.30), adverte que, “apesar de reconhecer o grande potencial que encerra em termos de redução no índice de mortalidade, de complicações e de incapacidade, o atendimento precoce e adequado das emergências médicas continua precário. Tal precariedade vem se intensificando nos últimos tempos, principalmente em nossos meios, cujas causas são visíveis e facilmente identificáveis, porém com difícil resolubilidade. A desorganização do quadro funcional dos profissionais, os baixos salários, a falta de oportunidade para treinamento formal ou, até mesmo informal, individual e interdisciplinar, desencadeiam o processo de degradação na qualidade dos Serviços de atendimento de Emergência”.

O descaso com as políticas assistências de saúde constituem um problema cada vez maior, em consequência podemos observar, a evasão de pessoal dos hospitais públicos, o fechamento de leitos por falta de profissionais, clientes que passam dias sobre macas nos corredores das emergências aguardando leito, moléstias infecto- contagiosas que são tratadas sem isolamento específico, clientes que são transferidos sem a menor condição de segurança durante o transporte e sem uma comunicação com o serviço receptor, muitas vezes implicando em retorno ao serviço de origem.

Alves (1992), refere que o Serviço de Emergência nos hospitais públicos, idealizados para atender pacientes agudamente doentes, tem se caracterizado por um aglomerado de pessoas carentes, num local inadequado ao mínimo necessário, tendo a frente, uma equipe cansada, desmotivada e muitas vezes despreparada. Diz ainda que, os prontos-socorros de nossos hospitais tornaram-se verdadeiras arenas, onde a equipe de saúde não mais se preocupa com a excelência do atendimento, e sim com o alívio de suas tensões e o expirar de suas horas de plantão. Em função da grave crise no atendimento médico ambulatorial, os doentes são motivados a buscarem o Serviço de Emergência como forma de serem mais rapidamente atendidos. Fato este, que gera acúmulo de clientes, e é extremamente deletério à rotina assistencial do Serviço de Emergência propriamente dito.

Transformar os Serviços de Emergência em mini- enfermarias, com crescente número de atendimentos ambulatoriais, internação de clientes pertencentes aos cuidados da Medicina Interna, é outro fator preocupante.

Nazário (1996), observou um grande número de clientes que permaneciam internados no Serviço de Emergência do HU, por falta de leito nas unidades de internação ou em outras instituições de saúde da grande Florianópolis. Observou também a permanência de clientes portadores de doenças infecto-contagiosas, internados em maca ou em cadeiras de rodas nos corredores da Emergência, sem qualquer tipo de isolamento. A permanência de clientes no setor, com indicação de assistência especializada em UTI também foi observada. Os clientes que ficavam internados na Emergência, ocupavam os leitos do repouso, local destinado à clientes em observação que aguardavam o esclarecimento de seus diagnósticos para possíveis transferências ou alta, também ficavam internados em macas e em cadeiras de rodas, sem o mínimo de privacidade e conforto, dificultando assim a assistência prestada.

Os longos períodos que os pacientes ficam no Serviço de Emergência com o “rótulo” de observação é um fato a ser questionado, pois segundo *Amado (1978)*, essa classificação não deve ser superior a 24 horas. Entretanto, o que se evidencia, é uma permanência de tais clientes, maior que uma semana. Tal permanência, via de regra, contribui sobremaneira para a desqualificação do atendimento de emergência, uma vez que, nesse setor, trabalha-se com o imediatismo imposto pela circunstância. Esse imediatismo, conforme *Orlando (1993)*, constitui um conceito vital, onde cada comportamento do cliente, precisa ser avaliado para que se determine se ele expressa uma necessidade de ajuda.

A qualidade deste tipo de atendimento vem sendo questionada, quanto sua inadequação e impropriedade em sua execução, pela clientela usuária, através dos órgãos de fomento e até pelos profissionais que prestam tal assistência.

Outro ponto forte desta discussão, é a procura do Serviço de Emergência em situações de caráter clínico puramente ambulatorial. Este quadro coloca em pauta a eficácia do Sistema Primário de Saúde, constituído por Centros de Saúde, Postos de Saúde, Policlínicas de Referências Regionais, que, contando com a presença de médicos (clínicos gerais, pediatras, ginecologistas, obstetras),

enfermeiros, odontólogos, entre outros, destinados a atendimentos ambulatoriais sem fim emergencial e com baixa resolubilidade, fazem com que a população busque guarida junto aos Serviços de Emergência dos hospitais.

Filho, (1991,p. 94), em sua pesquisa realizada na Emergência do HU, apresenta inúmeras causas para tal acontecimento:

“O interesse dos hospitais - escola em garantir grande movimento para que o Serviço de Emergência sirva como fonte de internação e como local de experiência em medicina ambulatorial para os estudantes;

O papel importante das consultas no Serviço de Emergência, na garantia de fundos para a manutenção de todo o aparato tecnológico da unidade;

O acesso mais fácil ao Serviço de Emergência do que ao Serviço de Atenção Primária;

Suposições subjetivas, como por exemplo, achar que o médico do posto de saúde não seria capaz de resolver o problema, por auto-avaliação da gravidade do quadro;

Consultas negadas no Serviço de Atenção Primária”.

Já *Coelho (1996)*, em estudo sobre o atendimento ao cliente em risco de vida, num Serviço de Emergência, revelou um panorama assistencial e a inadequação predominante no atendimento deste cliente, relacionada a clientela, a situação ambiental e aos cuidados de enfermagem. Os significados foram: fragmentação do cliente e perfil desviante do objetivo da Unidade de Emergência; reversão da situação, que está na decisão política de mudança, a partir da conscientização de cidadania, e as implicações para a Enfermagem reuniram-se em torno do equilíbrio entre arte, ciência e ideal, e num ponto de mutação que viabilizaria o atendimento deste cliente.

Alguns autores, como *Nazário (1996) e Filho(1991)*, evidenciaram o uso inadequado do Serviço de Emergência. Ressalta *Nazário (1996)*, que o cliente ao perceber que seu estado de saúde está comprometido principalmente com manifestação de dor, medo e apreensão, perdendo o controle habitual, ou seja, o domínio sobre o seu próprio corpo, a situação em si e que lhe pode acontecer, faz com que procure assistência no local onde pensa ser mais prontamente atendido, para retornar a suas atividades rotineiras.

Bertani & Costa (1995,p.34), revelaram em sua pesquisa, sobre cardiopatia crônica e seus aspectos sociais numa unidade de emergência, que “grande número de indivíduos portadores de cardiopatias crônicas, usuários dos serviços públicos de saúde, utilizam os Serviços de Emergência como um atalho para internação hospitalar. Razão da dependência de cuidados que estes doentes necessitam na residência, tem o Serviço de Emergência como fonte de respostas às suas expectativas e, a incidência da procura de atendimento sugere que estes indivíduos desejam transferir a responsabilidade da atenção e cuidados à instituição”.

As estratégias para a melhoria da qualidade do assistir, em situações de emergência/ urgência, que levam à diminuição da morbidade e mortalidade, envolvem uma sistematização organizacional, caracterizada por aspectos preventivos em geral e curativos em particular, onde médicos e enfermeiros desenvolvem atividades em conjunto e bem articulados, podendo finalizar com resultados positivos, efetivos e imediatos.

Por outro lado, *Filho, (1991,p. 94)*, aponta algumas maneiras de minimizar a procura dos Serviços de Emergência em casos não emergentes, como por exemplo:

“ Instituir sistemas de triagem nas portas do Serviço de Emergência;

Criação de grandes complexos de Atenção Primária, dentro do próprio hospital, para atuação com o Serviço de Emergência;

Modificar a forma de funcionamento dos Serviços de Atenção Primária para que se tornem de acesso tão fácil e irrestrito quanto ao Serviço de Emergência”.

Visto isso, cabe agora, fazermos alguns questionamentos para tal fato:

Por quê as pessoas procuram os Serviços de Emergência em situações que não se caracterizam Emergência/ Urgência?

Por quê os Serviços de Emergência continuam prestando tal atendimento?

Será que os Serviços de Emergência constituem num “bode expiatório” para camuflar um sistema de saúde falido?

Será que instituindo tal sistema de triagem nas portas dos Serviços de Emergência e criando um complexo desvinculado ao sistema de referência e contra-referência resolveria o problema da assistência emergencial?

Moritz (1991), mostra que a descompensação aguda de doenças crônicas, incide entre as causas mais comuns de procura do Serviço de Emergência. O que considera estar relacionado a má informação e as condições sócio-econômica precárias da população e conseqüente menor preocupação ou maior dificuldade com o controle das enfermidades crônicas, tanto por parte dos clientes, como de seus familiares. Sugerindo uma programação para um maior controle ambulatorial às doenças crônicas e o incentivo à formação de profissionais dedicados à Atenção Primária.

Há muitas causas, que determinam o uso inadequado dos Serviços de Emergência. Como vimos, a literatura nos é bastante farta ao nos mostrar tal situação.

**"APRESENTANDO O
MARCO CONCEITUAL"**

O marco conceitual é um conjunto de definições interrelacionadas, com o objetivo de apresentar maneiras globais de perceber um fenômeno e de guiar a prática de modo abrangente. (*Trentini, 1987*).

Através da releitura da Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda Aguiar Horta, *Paula (1993)*, questiona o pressuposto teórico que considera a necessidade, como uma resultante do desequilíbrio hemodinâmico. “*Sendo ela a resultante, como pode existir em um estado de equilíbrio dinâmico?*” Uma vez que a autora afirma que a necessidade existe em um estado de equilíbrio.

Aplicando os conceitos da releitura, sabe-se que o indivíduo é “saudável” quando o estado em que ele se encontra está próximo ou igual ao estado almejado.

Por considerar a abrangência dos conceitos da releitura, a inclusão da mesma nos pressupostos teóricos da relação pessoa/pessoa, e perceber o ser humano como um ser único e singular, adotei tal releitura como o marco deste trabalho.

Para *Paula (1993)*, a enfermagem tem por objetivos, o assistir o ser humano no atendimento de suas necessidades humanas básicas, cujas necessidades atuais se relacionam as necessidades presentes, passadas e futuras, ou seja, um cliente pode apresentar necessidades afetadas no presente em razão do próprio momento em que ele vive, ou as necessidades passadas ou presentes não atendidas, podem determinar alterações de necessidades futuras, e o estado futuro pode conter o estado presente, porque as necessidades e os necessários são os mesmos, quer sejam presentes, passados ou futuros.

Como exemplo prático de tal afirmativa, pude constatar inúmeras situações, no meu período de estágio, onde as necessidades passadas interferiam consideravelmente nas necessidades presentes e futuras, dos clientes lá internados.

HOMEM/ CLIENTE

É uma unidade viva, aberta , intencional por natureza, que co-participa com o meio em que vive, em criar e transformar, estando presente ao mundo, envolvendo-se com ele para constituir e criar seus projetos sociais. É um ser singular, possuidor de anseios, emoções, com características próprias e únicas.

O homem/ cliente atendido no Serviço de Emergência, é entendido como este ser unitário, vivo, intencional, que está no mundo com os outros homens, pode encontrar-se no limiar do ser ou não deixar de ser, o que lhe traz muitas angústias e ansiedades, interferindo sobremaneira no seu processo de saúde. (*Baptista 1995*, adaptado).

Acredito, pois, que tal homem/cliente, que busca atenção no Serviço de Emergência, representa um ser único, indivisível, que necessitando de assistência imediata, tem seu equilíbrio natural abalado de modo instantâneo, tanto na esfera biológica/ psíquica/ espiritual, requerendo uma atuação prioritária e precisa, na busca de seu equilíbrio harmônico, pois embora vivencie uma experiência que coloque sua vida em risco, tem expectativas de vida e projetos para seu futuro.

É o ser, cujo estado atual (Domínio), encontra-se longe do estado almejado (Imagem).

SERVIÇO DE EMERGÊNCIA HOSPITALAR

É um local, onde condições externas e/ou internas influenciam positiva ou negativamente na assistência ao homem/ cliente em situação de risco de vida. Tal fator, contribui ativamente no processo de recuperação do estado de desequilíbrio, em situação súbita de vida. (*Nazário, 1996*, adaptado).

Reforçando o que diz Nazário, concluo que, o Serviço de Emergência, é uma unidade hospitalar altamente dinâmica, que se caracteriza por atuações

assistenciais e terapêuticas rápidas e precisas, onde muitas vezes, o homem/cliente, é visto como uma patologia, vendo-se este, rodeado por ações inéditas ao seu cotidiano, podendo tais ações, causarem influências positivas ou negativas, sob sua percepção no novo ambiente ao qual ele está inserido.

DOENÇA

Entendo por doença, como sendo um desequilíbrio da homeostase natural do homem/cliente a nível orgânico/ psico/ social/ espiritual, fazendo com que busque seu equilíbrio natural junto a equipe de saúde ou através de meios próprios (crenças e valores).

A doença, numa situação de emergência/ urgência, pode ser vista como um desequilíbrio abrupto e /ou instantâneo, ocasionando uma adaptação lenta de tal fato, pois a mesma surge de maneira imediata, levando o cliente a uma situação repentina de limitações.

ENFERMAGEM

“É a ciência e a arte de assistir o ser humano (homem/cliente), no atendimento de suas necessidades humanas básicas, de torná-lo independente desta assistência quando possível, pelo ensino do auto-cuidado, de recuperar, manter, promover a saúde em colaboração com os outros”. (*Horta, 1979, adaptado*).

Complementando Horta, digo que a enfermagem, por ser a ciência e a arte de assistir o ser humano (homem/cliente), em suas necessidades humanas básicas, é acima de tudo, um compromisso com a vida e com o restabelecimento daquele homem, que tem seu equilíbrio natural abalado por uma situação de emergência, com função de restabelecê-lo em sua integridade, para inseri-lo novamente em seu contexto social, pois *Paula (1993)*, nos mostra que a Enfermagem, entre outros, procura reverter os estados de insuficiência, mantendo os estados de

suficiência e prevenindo os estados de insuficiência, por ser a ciência que tem a capacidade de identificar o estado em que o indivíduo se encontra.

NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS

É um conjunto de entes do ser humano, cujas funções podem ser representadas pela busca do necessário, onde todas as necessidades são identificáveis no ser humano (homem/cliente), em qualquer estado em que ele se encontre. (*Paula, 1993*).

NECESSÁRIOS

“São manifestações correspondentes das necessidades. São resultantes das mudanças de estado do indivíduo provocados pela necessidade. Em estado de equilíbrio, os necessários não se manifestam, e surgem com maior ou menor intensidade, dependendo do desequilíbrio instalado”. (*Paula, 1993*).

FAMÍLIA

É uma unidade dinâmica, formada por pessoas que se percebem como família e compartilham de um meio familiar, trocando constantes saberes, práticas, valores, crenças e desenvolvendo papéis sociais que são definidos mutuamente entre os membros que compõe esta família, e que repercutem no seu processo de crescimento e desenvolvimento

Numa situação de crise, a família passa a desenvolver uma dinâmica de flexibilidade em seus papéis sociais na tentativa de ajudarem-se mutuamente com o intuito de manterem a estrutura aprendida na unidade familiar.

É capaz de mobilizar recursos internos e externos e ser fonte primária de suporte social para os seus membros, a fim de que estes consigam compreender a

crise, podendo sair fortalecida ou enfraquecida da situação de crise emergencial. (Sasso, 1995, adaptado).

ENFERMEIRO

Profissional de enfermagem capacitado, em oferecer a seus clientes, todos os necessários capazes de satisfazer suas necessidades afetadas. Atua em conjunto com outros profissionais, na busca do bem estar do homem/ cliente para que o mesmo, tenha a capacidade de se reintegrar no seu contexto social.

O profissional enfermeiro, que atua no Serviço de Emergência, por ser uma unidade dinâmica, deve possuir um alto grau de conhecimento adicionado a uma eficiente capacidade de observação, pois, a detecção de prioridades num ambiente como o Serviço de Emergência, se faz necessário constantemente.

INTERRELACIONANDO CONCEITOS

No processo de ter sido acometido bruscamente por uma situação súbita ou repentina, que acarretou no desequilíbrio de suas necessidades básicas, o homem/cliente/família busca atenção num serviço de emergência, onde a enfermagem e os demais trabalhadores, atuam na tentativa de fornecer os necessários básicos à sua estabilidade harmônica. Onde essa assistência, atua na estimulação de forças e de potencialização, considerando o ser humano e sua família como coadjuvantes no seu processo de restabilização.

A ESCOLHA DO
MÉTODO ...

"DESCREVENDO O
PROCESSO DE
ENFERMAGEM"

PROCESSO DE ENFERMAGEM

O Processo de Enfermagem, segundo *Paula (1993)*, tem como base, a relação interpessoal e de ajuda. Pude constatar, inúmeros momentos em que esta relação serviu para aumentar a confiança na minha pessoa e diminuir a tensão vivida pelo cliente naquela situação experienciada.

Paula (1993), define o Processo de Enfermagem como o instrumento terapêutico do profissional enfermeiro, onde a dinâmica das ações sistematizadas e inter-relacionadas, visa a assistência ao ser-humano, caracterizando-se pelo inter-relacionamento e dinamismo de suas fases ou passos, expressas a seguir:

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

É o roteiro sistematizado para levantamento de dados do cliente. Serve para identificação de problemas e a documentação da relação pessoa/pessoa entre o profissional enfermeiro e o cliente.

Deve conter também, dados sobre a identificação do cliente, da sua história clínica, entre outros.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

É a determinação do estado de atendimento das necessidades humanas básicas do cliente. Por tal motivo, determina a eventual situação, onde o cliente pode apresentar necessidades afetadas ou não. Isto não quer dizer que frente a um diagnóstico de necessidades atendidas, o cliente da Enfermagem, teoricamente

não necessita de assistência. A Enfermagem mantém estados de suficiência e previne ou reverte os estados de insuficiência.

Quando verificamos que o estado no qual uma determinada pessoa se encontra (Domínio), é diferente do estado almejado (Imagem), porque o meio interno e/ou externo não dispõe do necessário e a pessoa por si mesma não é capaz de produzir mudanças, o estado em que ela se encontra (Domínio) é um estado de insuficiência.

Segundo Paula (1993), o Diagnóstico de Enfermagem descritivamente, é elaborado em três fases, que em geral, ocorrem sequencialmente. Pode ser possível a simultaneidade ou a inversão das mesmas.

Diagnóstico Situacional

Identifica ou não o problema de enfermagem. Baseia-se nas condições em que o indivíduo se encontra. O problema de Enfermagem é uma situação ou condição decorrente do desequilíbrio das necessidades finitas ou infinitas, identificada pelo indivíduo, profissional de saúde ou família, cuja solução aporte do necessário.

Diagnóstico de Natureza

Aqui, temos a análise da situação ou da condição, com a formulação de hipóteses e enumerando as necessidades que podem estar contidas no espaço de necessidades, observando quer sejam estas atendidas ou não.

Diagnóstico de Suficiência ou Auto-Insuficiência

Analisa a situação e a condição em que determinado cliente se encontra, e evidenciando suas necessidades, verifica-se se o mesmo tem auto-suficiência, ou seja, capacidade de por ele próprio buscar o atendimento de suas necessidades afetadas, ou auto-insuficiência, que é a incapacidade do indivíduo por si e, em si, de atender as suas necessidades.

PLANO ASSISTENCIAL

É resultante da assistência global que o ser humano deve receber, com a análise dos problemas, identificando as necessidades segundo sua natureza e sua suficiência. O enfermeiro nesta etapa, procura manter os estados de suficiência, prevenindo e revertendo os estados de insuficiência.

PLANO DE CUIDADOS OU PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

É onde o enfermeiro, a partir de seu diagnóstico, determina a qualidade e a quantidade de necessários que devem ser oferecidos ou administrados ao cliente, a fim de suprir suas necessidades básicas e suficientes.

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Possibilita o enfermeiro ter uma avaliação global do plano de cuidados, além de possibilitar a comparação em qualquer momento, os estados das necessidades passadas com o estado atual. A evolução, permite também, acompanhar e comparar as variações da auto-suficiência e auto-insuficiência do cliente, no atendimento de suas necessidades básicas.

PROGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

É realizado através da medida de suficiência e insuficiência do cliente, em atender as suas necessidades.

Quando o estado do cliente evolui para a auto-suficiência, seu prognóstico é considerado BOM. O prognóstico será MAU, quando sua evolução se dirigir ao estado de auto-insuficiência.

O Processo de Enfermagem, foi aplicado em minha prática diária, inicialmente de maneira informal, onde nenhum instrumento específico era

utilizado, a não ser a relação pessoa/pessoa. Por se tratar de um setor emergencial, as fases de Diagnóstico de Suficiência e Plano Assistencial não foram empregados. O diagnóstico, por considerar que todo cliente que buscava atendimento de emergência, assim o fazia por estar num estado de insuficiência, porém não haveria tempo hábil de identificar o grau dessa insuficiência. O plano assistencial, por se tratar de um setor com características de atendimento imediato.

DESCREVENDO OS RESULTADOS

Prestar assistência de enfermagem aos clientes que procuram o Serviço de Emergência do Hospital Regional de São José submetidos a situações de emergência/ urgência.

Este realmente foi o motivo que me motivou a efetuar o estágio de conclusão de curso numa unidade de emergência hospitalar.

Ao total, atendi treze clientes em situações de extrema emergência e dois em situações de urgência, conforme nos mostra o quadro a seguir.

<i>CASOS CLÍNICOS ATENDIDOS</i>	<i>EMERGENTES</i>	<i>URGENTES</i>
<i>Parada Córdio-respiratória ocasionada por infarto agudo do miocárdio</i>	<i>Quatro clientes</i>	
<i>Parada Córdio-respiratória ocasionada por trauma violento (acidentes de trânsito)</i>	<i>Dois clientes</i>	
<i>Parada Córdio-respiratória ocasionada por choque Elétrico</i>	<i>Um cliente</i>	
<i>Traumatismos ocorrido por Soterramento</i>	<i>Um cliente</i>	
<i>Crise Hipertensiva</i>		<i>Um cliente</i>
<i>Abdome Agudo</i>		<i>Dois clientes</i>
<i>Cólica renal</i>		<i>Dois clientes</i>

Com a equipe de enfermagem e médica, ia receber o cliente, a fim de atender suas necessidades prioritárias, conforme cada caso clínico.

Geralmente, nos casos de parada Córdio-respiratória, éramos pegos de surpresa, pois o cliente era trazido por familiares ou socorristas sem uma notificação prévia do ocorrido. Neste caso, a prioridade básica, era a manutenção da ventilação

respiratória, ou através de máscara e ambú conectado a fonte de oxigênio à 10 litros por minuto ou através da entubação traqueal realizada pelo médico presente; manutenção da circulação, através da massagem cardíaca externa, quando diagnosticado pelo médico a fibrilação ventricular ou a assistolia cardíaca, seguido de reposição volêmica com infusão rápida de colóides terapêuticos (ringer lactato, de preferência, pois seu pH assemelha-se ao pH sanguíneo).

Durante as medidas médicas de ressuscitação, eu realizava massagem cardíaca externa, revezando com os funcionários do setor presentes na sala. Punção venosa e manutenção respiratória através de ambú e fonte de oxigênio, também foi uma técnica efetuada por mim.

Após a estabilização clínica do cliente, quando este não ia a óbito, sua transferência burocrática era efetuada pela enfermeira de plantão através do telefone, para as unidades mais especializadas, como UTI ou unidade de internação Coronária, e posteriormente o cliente era levado por nós, com todo o arsenal terapêutico que mantinha suas funções vitais estáveis (torpedo de oxigênio conectado ao balão e este ao tubo orotraqueal, soros, etc).

Nos casos de , soterramentos ou violência urbana, em que o cliente era trazido pelos socorristas do Corpo de Bombeiros, dependendo do estado clínico, o cliente era posto na sala de procedimento cirúrgico, onde eu recebia o plantão dos socorristas e ia de encontro ao médico cirurgião comunicar o fato após realizar um exame primário das condições da vítima.

Durante a avaliação médica, acompanhava o profissional e realizava procedimentos como punção venosa, instalação de colar cervical e curativo de eventuais escoriações.

O atendimento aos clientes em crise de hipertensão arterial, abdome agudo e cólica renal, deu-se quando na sala de medicação, apresentaram piora do quadro clínico, e após relatarem o fato à mim, fui a procura do médico de plantão para que ele analisasse a situação e tomasse a atitude terapêutica devida.

Aos clientes que entravam na unidade de emergência por motivos diversos, como, dor abdominal, intensa sudorese, mialgias, vômitos, palidez cutânea,

encaminhava-os aos consultórios, onde muitas vezes interrompia a consulta que estava sendo efetuada, para que o profissional médico pudesse avaliar aquele cliente. Em seguida, conforme o caso, levava o cliente até a sala de medicação, onde eu mesmo administrava a terapêutica medicamentosa prescrita.

Neste estágio, realizei três exames físicos secundários, obedecendo o sentido céfalo- caudal, sendo, um desses clientes, internado para cirurgia de urgência devido a abdome agudo.

Considero este objetivo alcançado, pois atendi todos os casos emergentes que ocorreram na Unidade de Emergência do HRSJ durante a minha permanência em tal setor.

Prestar assistência de enfermagem aos familiares e/ou acompanhantes, submetidos a notícia de óbito de um ente familiar ou amigo.

Tal realização, estendeu-se a quatro famílias que tiveram a dramaticidade de uma perda repentina no Serviço de Emergência do HRSJ.

Antes de relatá-los, convém expor o real motivo da realização deste objetivo.

DIA: 08 de Maio de 1997

HORA: 16:00 h

Sob supervisão da enfermeira R., estava em estágio ,analisando dados de alguns prontuários dos pacientes do repouso, quando percebi um certo tumulto na sala de reanimação, que ficava a uns dez metros de onde eu me encontrava.

Percebi que uma funcionária saiu de tal sala e notando que se deslocava em minha direção, indaguei:

- O que temos lá na frente?

É uma parada, vai lá(...). Respondeu.

Dirigi-me até a sala, e observei que a equipe estava composta pela médica staff, três doutorandos, uma enfermeira, três técnicos de enfermagem e alguns acadêmicos de medicina. Posicionei-me no canto da sala, e no centro, sobre a maca, estava o corpo de uma jovem, aparentando ter 14 anos, inconsciente, respirando através de ambú e tubo endotraqueal, com seus batimentos cardíacos mantidos através de massagem externa.

Procurei me informar com *F.* um funcionário, sobre o caso. Ele me relatou ser uma jovem de 12 anos, vítima de choque elétrico. A mesma foi socorrida pelo pai de sua amiga, e trazida em parada, do Morro das Pedras, num período de mais ou menos quinze minutos até o hospital.

Nossa conversa foi interrompida com uma discussão entre dois médicos:

- Dez ml de adrenalina em bollo, agora !!!

- *Já estou preparando...* Comunicou a técnica de enfermagem.

- *Chamem o eletro. Já (...).*

Saindo da sala, um funcionário foi contatar com o serviço de eletrocardiograma, sendo atendido prontamente.

HORA: 16:15

Conectados todos os eletrodos na jovem, a médica solicitou que a massagem cardíaca fosse interrompida, para a avaliação do traçado elétrico, que indicava: Fibrilação ventricular.

- *Quero 200 joules de força. Vamos efetuar eletroversão.* Solicitou a médica.

- *Afastem-se todos.* Continuou.

Realizado a primeira tentativa, esperou-se o restabelecimento do traçado que continuava indicando fibrilação ventricular.

-*Xylocaina, adrenalina, atropina.* Essas eram as únicas palavras que rasgavam o silêncio tenebroso daquele momento.

- *260 joules, preparar, afastem-se.*

Dado o segundo potencial de força elétrica, o traçado continuava sem alterações.

O nervosismo, a angústia, acentuado com a sensação de impotência, já era nítida no rosto de todos os profissionais da equipe. Inclusive em mim.

Na sala de espera, a avó da menina aguardava notícias.

HORA: 17:30

Após incansáveis tentativas, a decisão médica em cessar as manobras de ressuscitação foi aceita pela equipe.

Olhei para a médica e me perguntei: “*O que passa na cabeça de um profissional na tomada de tal decisão?*”. *Ainda mais se tratando de um caso tão peculiar como este.*

Visto isto, F. se prontificou a dar tal notícia a sua avó.

O acompanhei, e na sala de espera, perguntou quem acompanhava tal garota, apresentando-se uma senhora, com aparência simples e muito ansiosa. Trazida até o corredor principal, do Serviço de Emergência, indagou sobre o estado de sua neta, e sem esperar, recebeu tal notícia:

- Nós fizemos tudo o que podíamos, infelizmente ela morreu.

A notícia foi dada de tal forma, que até a mim, causou um certo impacto, pois esperava eu, que tal fato fosse realizado com um certo cuidado, onde além de tudo, aquela senhora foi deixada pelo funcionário que saiu em seguida. Sozinha, levei-a até a sala de procedimentos e ofereci-lhe um copo de água. Permanecemos em tal sala, uns dez minutos, e após chorar bastante pediu para ver a neta, que ainda permanecia na sala de reanimação. Levei-a, e lá ela pode expor todos os seus sentimentos de raiva, angústia e lamentações em relação a garota.

Foi um momento muito angustiante para mim, pois eu nunca havia presenciado tal situação. O mais triste, foi acompanhar a dor daquela avó, que abraçava o corpo da neta sem vida, enquanto a equipe que permanecia na sala, estava mais preocupada em manter a organização e a limpeza do local, não dando importância ao fato.

Solicitei que retornássemos até a sala de procedimentos, onde pude conversar mais com ela, perguntando sobre a mãe da menina, e ela me informou que estava no trabalho e que nada sabia. Nossa conversa foi interrompida por um grito que vinha de um consultório médico, onde a senhora reconheceu como sendo a mãe da menina. Fomos até lá, e a encontramos sentada no chão, sendo amparada pela enfermeira. Foi explicado toda a situação a mãe, que não acreditava no que estava acontecendo, perguntando se não podia se fazer mais nada, se era realmente sua filha, entre outras coisas.

HORA: 18:20

A mãe, eu e a avó permanecíamos no consultório. Aparentemente mais calma, contou-me que D. era filha única e que não conhecia seu pai. O sonho de conhecê-lo, seria realizado no fim do ano, quando ela concluísse o curso de Primeira Comunhão. Procurei desviar a conversa, por ser muito dolorosa aos familiares, quando C. olhou-me e disse:

- Você é médico?

- Não, desculpe-me, eu nem pensei em me apresentar. Meu nome é Marcelo e sou estudante do último ano de Enfermagem. Sabe, essa situação toda me deixou muito confuso, eu nunca tinha vivido uma situação assim.

- Você é um rapaz muito atencioso, você depende de ônibus?

Naquela ocasião, estávamos passando por uma greve de motoristas. Então respondi.

- Sim, por quê?

- É que eu e minha mãe decidimos fazer toda a cerimônia lá em casa, e eu gostaria muito que você fosse.

Neste momento, não pude conter minha emoção e saí da sala, deixando-as sozinhas. Retornei alguns minutos depois, para me despedir, pois era hora de trocar o plantão e ambas já haviam ido embora.

Saí do local, e fui para casa caminhando. É um fato, que com certeza, eu nunca mais esquecerei.

Tal perda, levou-me a pensar o que realmente se passa com a família que vive aquele momento, e como eu, Marcelo/enfermeiro/ser humano, podia contribuir com alguma forma de ajuda.

Visto isto, li muito a respeito sobre assuntos referentes a morte, luto, crise e o atendimento e abordagem à família neste momento, o que me motivou ainda mais, a assistir a família nesta situação.

No campo prático, enquanto realizava minhas atividades acadêmicas, ficava atento as intercorrências que pudessem vir a acontecer.

Quando um cliente dava entrada no serviço, apresentando parada cardíaco-respiratória, além de atendê-lo em suas necessidades primordiais (pondo em prática o objetivo acima proposto), iniciava minha interação com a família ou com quem havia lhe trazido, para poder colher a história do cliente e iniciar a relação.

Durante a realização das manobras de reanimação, revezava a atividade de massagem ou oxigenação com os funcionários presentes na sala, a fim de ir até o corredor interagir com os familiares. Informava-lhes, acerca do estado do cliente, de como estava sendo a terapêutica utilizada, e estes agradeciam a atenção dada.

Infelizmente, quando as manobras de reanimação não tinha sucesso, permanecíamos primeiramente na sala, a fim de iniciar os cuidados básicos com o corpo.

A notícia à família, geralmente, era dada pelo médico que atendeu o cliente, estando eu sempre presente. Era comum, levarmos os familiares à um lugar reservado e longe dos olhos curiosos, dava-mos a notícia.

As atitudes dos familiares, variavam de pessoa à pessoa, como eu havia lido em minhas pesquisas bibliográficas. Alguns choravam, outros brigavam com os familiares presentes, outros lamentavam a perda do ente, etc.

Permanecia com eles, sempre em silêncio, principalmente àqueles que encontravam-se mais abalados com o fato, até estes manifestarem algum sentimento de adequação.

Oferecia minha mão, meu ombro e consolo. Em seguida, procurava conversar com a pessoa que aparentemente estava mais calma e fornecia todas as orientações a respeito do encaminhamento do corpo, atestados de óbito, registros em cartório etc.

Considero tal objetivo alcançado, não pelo número de famílias atendidas, mas sim, pela forma como os familiares com os quais compartilhei este momento, se dirigiam a mim:

“ Você foi muito, muito atencioso comigo. Na hora que eu mais precisava e me encontrava sozinha naquela emergência, você permaneceu do meu lado. Obrigada.”

Aprofundar os conhecimentos técnicos científicos relacionados a situações de emergência/urgência

No âmbito do que diz respeito a realização de técnicas de enfermagem, pude realizar inúmeros procedimentos que me possibilitaram o aperfeiçoamento de minha prática e meu aprendizado acadêmico. Durante todo o estágio, estava atento a praticamente tudo o que ocorria na unidade, onde permanecia na sala de medicação, assumia os cuidados dos clientes internados no repouso, estava presente nos casos de emergência/urgência, quando estes apareciam. Para melhor ilustração do que foi realizado, segue abaixo, um quadro contendo as técnicas específicas e o número de atendimentos por mim efetuados.

<i>TÉCNICA</i>	<i>QUANTIDADE</i>
<i>Sondagem Vesical de Demora</i>	Realizada com sucesso em 04 clientes, dois quais, um homem e três mulheres.
<i>Sondagem Vesical de Alívio</i>	Realizada para coleta de urina para exame em 02 mulheres.
<i>Massagem Cardíaca Externa</i>	Realizada em 06 clientes, vítimas de parada cardíaco-respiratória.
<i>Oxigenação por Ambú e Máscara de Oxigênio</i>	Realizada em 07 pacientes, dos quais, um encontrava-se chocado a nível de volemia corporal, e seis em parada cardíaco-respiratória.
<i>Compressão Direta em Hemorragia Abundante</i>	Realizada em 02 clientes, onde um caso tratava-se de uma ferida perfuro-cortante em couro cabeludo de uma criança de seis anos e o outro, um traumatismo crânio encefálico com exposição de massa cerebral.
<i>Instalação de Fluidoterapia</i>	Realizada com sucesso em 30 clientes, e sem sucesso, em 12 clientes, (para hidratação, administração de antibióticos, manutenção de acesso venoso).

<i>Medicação Endovenosa</i>	Realizada com sucesso em 49 clientes, (analgésicos, anti-eméticos)
<i>Medicação Oral</i>	Realizada à 60 clientes, (anti-anginosos, analgésicos, anti-hipertensivos)
<i>Medicação Intra- Muscular</i>	Realizada em 45 clientes, (analgésicos, antibióticos e vacinas anti-tetânicas).
<i>Medicação Sub-Cutânea</i>	Realizada em 15 clientes (heparina e insulina)
<i>Nebulização</i>	Realizada à 28 clientes.
<i>Catéter de Oxigênio</i>	Realizada em 21 clientes.
<i>Sondagem Nasogástrica</i>	Realizada em 04 clientes, dos quais, três para alimentação enteral e um para sifonagem.
<i>Coleta de Sangue para Exame</i>	Realizada com sucesso em 08 clientes, todos para verificação de anti- HIV
<i>Curativo</i>	Realizada em 27 clientes, dos quais, dois clientes com queimaduras, cinco clientes com amputações de pododáctilos, oito clientes com ferida cirúrgica de cateterismo cardíaco, um cliente com amputação traumática de membro superior direito e membro inferior esquerdo, dois clientes com drenagem torácica e nove clientes com escoriações múltiplas.
<i>Bandagem</i>	Realizada em 03 clientes, onde, um cliente necessitava de imobilização de membro superior esquerdo e três para a fixação de curativo.
<i>Verificação de Sinais Vitais</i>	Realizada em 22 clientes
<i>Punção Venosa com Abocath</i>	Realizada em 23 clientes com sucesso e em 04 clientes sem sucesso.
<i>Gasometria Arterial</i>	Realizada em 07 clientes com sucesso.
<i>Auxílio em Suturas Cutâneas</i>	Realizada em 14 clientes.
<i>Auxílio em Drenagem Pleural</i>	Realizada em 05 clientes.
<i>Auxílio em Punção de Veia Subclávia</i>	Realizada em 02 clientes.
<i>Auxílio em Punção Abdominal</i>	Realizada em 01 cliente politraumatizado para investigação de hemorragia abdominal.
<i>Higienização no Leito</i>	Realizada em 10 clientes internados no repouso, até o determinado cliente ser transferido para outra unidade.

Estendi minha prática à exatamente 379 clientes que procuraram o Serviço de Emergência do HRSJ, nos períodos de 01 de setembro até 07 de novembro de 1997. Para obter um controle do número de clientes atendidos e de técnicas efetuadas, possuía uma caderneta de bolso, onde anotava todos os procedimentos técnicos efetuados por mim.

Com isso, pude realizar um procedimento que para mim era até então inédito (auxílio em punção abdominal), e exercitar as demais técnicas acima mencionadas.

Além disso, para o aperfeiçoamento do conteúdo teórico, relativo à situações de emergência/urgência, realizei o fichamento bibliográfico das cinco situações que mais comumente ocorreram no setor, sendo eles:

Angina Instável, Politraumatismo, Edema Agudo de Pulmão, Infarto Agudo do Miocárdio e Traumatismo Crânio-Encefálico.

Tais fichas, possuem em seu corpo, a definição clínica da patologia, causas, epidemiologia, consequências, diagnóstico e tratamento de emergência.

Para realizar tal atividade, ia constantemente à biblioteca Central da UFSC, biblioteca setorial do HU e do HRSJ, além de consultar meus próprios livros.

Para complementação de tal tarefa, participei de uma palestra ministrada no HRSJ, intitulado “*Socorro Inicial ao Politraumatizado Numa Unidade de Emergência Hospitalar*” . Os assuntos giraram em torno de: *Socorro na Unidade de Emergência Hospitalar, Exame Físico Primário, Ressucitação Cárdio-respiratória e Exame Físico Secundário.*

Considero tal objetivo alcançado, pois além de efetuar um vasto número de procedimentos técnicos e de abordar cientificamente alguns assuntos referentes a situações de emergência/urgência, sinto-me hoje, mais seguro na realização técnica dos procedimentos acima mencionados, de onde, o subsídio teórico foi extremamente motivador.

Selecionar dez clientes com histórias clínicas diferentes para a aplicação do Processo de Enfermagem

Para a aplicação do Processo de enfermagem, segundo a releitura da teoria das Necessidades Humanas Básicas, feita por Wilson Kraemer de Paula, colocava em prática a relação pessoa/pessoa de Joyce Traevelbe, a fim de identificar os problemas surgidos na relação.

Realizava entrevistas informais, com os clientes, onde a detecção dos problemas, dava-se na redação escrita do Processo, que continha em seu corpo, *Histórico de Enfermagem, Diagnóstico Situacional, Diagnóstico de Natureza, Prescrição de Enfermagem, Evolução de Enfermagem e Prognóstico de Enfermagem.*

As entrevistas eram realizadas diariamente, até o cliente receber alta da unidade de emergência.

Para ilustração do que foi feito, relato aqui, o resumo dos casos em que o Processo foi efetuado.

CASO 1

Cliente deu entrada no serviço, com amputação traumática de dedo indicador da mão esquerda e médio, caracterizando a integridade cutâneo mucosa, imagem e percepção afetadas. Após o atendimento das necessidades mais emergentes, como percepção dolorosa, circulação (hemorragia), foram prestados os demais cuidados de enfermagem para o atendimento das outras necessidades.

CASO 2

Cliente deu entrada no serviço de emergência, com desequilíbrio das necessidades de: percepção dolorosa (cefaléia intensa, mialgias), eliminação (vômitos) e regulação térmica (febre), sendo diagnosticada pelo médico como meningite bacteriana.

Permaneceu sob meus cuidados no serviço de emergência por dois dias, sendo transferida ao serviço de clínica médica, onde permaneceu por uma semana.

CASO 3

Cliente atendida no serviço de emergência, após sentir em casa, intenso quadro de precordialgia e vômito. Após atendidas as necessidades de percepção dolorosa e eliminação, a cliente teve as demais necessidades atendidas no período de uma semana e três dias em que ali esteve internada.

Seu processo consta na íntegra em anexo.

CASO 4

Cliente procurou o serviço de emergência, apresentando febre (regulação térmica), mialgia, dor abdominal (percepção dolorosa) e vômitos (eliminação). Após realização de exame, foi constatado Leptospirose. Confirmando a história colhida, de contato com água contaminada.

CASO 5

Cliente grávida, deu entrada no serviço de emergência apresentando ardência na boca, vômitos e dor abdominal. Colhido sua história, sua mãe referiu tratar-se de uma tentativa de suicídio, após ingestão de Nuvon. No atendimento de suas necessidades emergentes, constatamos que sua filosofia de Vida estava afetada, uma vez que lidava com a situação de gravidez desconhecida por seu pai.

CASO 6

Após ingestão excessiva de ostras, cliente deu entrada no serviço de emergência, apresentando intenso rubor corporal, prurido (regulação), dispnéia (oxigenação), pápulas (integridade cutâneo-mucosa), caracterizando quadro de Intoxicação Alimentar com evolução para Choque Anafilático. Foram oferecidos os necessários, Solucortef, controle de sinais vitais, Plasil e Buscopan. Sendo liberado, após o atendimento de suas necessidades.

CASO 7

Cliente, vítima de síncope (regulação neurológica, oxigenação e orientação) deu estrada no serviço de emergência, trazida por seu vizinho, que a encontrou desacordada em seu jardim. Após realização de exame físico secundário, permaneceu em observação com monitoração de seus sinais vitais.

CASO 8

Cliente vítima de acidente de trânsito, foi trazida pelo Corpo de Bombeiros, suspeita de fratura de tornozelo esquerdo e escoriações generalizadas. Atendida a necessidade de integridade cutâneo mucosa (sutura e curativos), e não ter sido constatado nenhuma irregularidade, após a realização de RX, o cliente permaneceu no serviço durante dois em observação decorrente da perda de consciência ocorrida no momento do acidente.

CASO 9

Cliente procurou o serviço de emergência, por apresentar intensa dispnéia (oxigenação), tosse(oxigenação e eliminação) resultante do quadro crônico de DPOC. Atendida as necessidades afetadas, com os cuidados específicos de fluidoterapia, administração de medicamentos, manutenção de cabeceira elevada, redução de esforços físicos. Por continuar no estado de auto-insuficiência, o cliente foi internado no setor de clínica médica.

CASO 10

Cliente trazido ao serviço de emergência pela esposa, apresentando como história colhida um intenso amarelão e fezes escuras por ela observada, desde o dia anterior.

Por suspeitar tratar-se de hemorragia gástrica, o cliente foi submetido a uma endoscopia de urgência, sendo evidenciado ulceração da parede estomacal.

Considero tal objetivo alcançado, porque consegui realizar os dez Processos de Enfermagem propostos no referido objetivo.

Conhecer os Serviços de atendimento pré- hospitalar da Grande Florianópolis.

Tal objetivo não foi alcançado, pois, durante minha prática assistencial no Serviço de emergência do HRS, interagiu constantemente com os oficiais do Corpo de Bombeiros, que iam à unidade a fim de levarem clientes socorridos. Em minhas conversas com eles, estes me relatavam como funcionava o serviço, à quem eles prestavam o socorro e quem mantinha tal sistema.

Nos postos do corpo de bombeiros, ficam duas viatura à espera de intercorrências. Ao receber o chamado de socorro através do telefone 193, um telefonista de plantão entra em contato com a viatura mais próxima do ocorrido a fim de prestar o socorro devido.

Com tais informações e trocas de experiências, não achei necessário por tal objetivo em prática, pois além de precisar de uma supervisão direta de um profissional enfermeiro, precisaria também de uma documentação da Universidade, isentando a Corporação de qualquer acontecimento acidental comigo, desestimulando-me a ir além.

Com relação ao Serviço Pré-Hospitalar da HELP, em conversa informal com um representante de tal empresa, fui comunicado que tal objetivo não poderia ser realizado, pois a empresa não seria responsável por qualquer acidente que oudesse a vir acontecer com o acadêmico.

Visitar o Hospital Municipal de Pronto Socorro em Porto Alegre

Uma das minhas intenções, no momento da redação deste objetivo, era buscar maiores informações acerca do Programa de Pós Graduação, intitulado de Residência de Enfermagem em Emergência bem como conhecer o pronto Socorro do Hospital Municipal de Porto Alegre. Em contato por telefone, obtive a informação que tal

curso só está disponível nas Universidades de São Paulo, Rio de Janeiro e Bahia, o que juntamente com minha vivência no serviço de emergência de um hospital de referência ,tornaram-se fatores suficientes desmotivadores para o cumprimento de tal objetivo.

***“CORRELACIONANDO OS
CONCEITOS UTILIZADOS
COM A PRÁTICA
VIVENCIADA”***

Necessitando explicar melhor, a prática assistencial desenvolvida durante o estágio, faz-se necessário correlacionar alguns conceitos levantados com a realidade existente no Serviço de Emergência do Hospital Regional de São José.

HOMEM/CLIENTE

“(...) unidade viva, aberta, que possui crenças, valores...”

Durante meu convívio na emergência, interagi com muitos Joãos, Marias, Franciscos, nas condições de Homem/Cliente, com suas vidas colocadas em risco eminente.

Pude constatar, que eram seres humanos possuidores de necessidades básicas e que tinham nos necessários fornecidos pela equipe, o essencial para o restabelecimento do seu estado harmônico.

“Mais duas ampolas de adrenalina.”
(Dr. V.)

“... afastem-se, o médico vai dar o choque.”
(Enfermeira R.)

“ (...) estanquem esta hemorragia já.”
(Dr. M.)

Estes exemplos mostram, que na maioria das vezes, o homem/cliente atendido numa situação de emergência, é tratado como um homem biológico, onde o prioritário é sua oxigenação, seu pulso e sua estabilidade hemodinâmica.

Tal visão biologicista, torna-se extremamente necessária, pois cada segundo, significa um risco em potencial. Mantê-lo na condição de ser vivo, é sem dúvida o

primordial desta assistência.

Por outro lado, àquele que busca atenção no serviço de emergência em situações em que o seu estado não apresenta riscos emergentes, geralmente é tratado de forma não condizente ao conceito por mim adotado. Passam a ser vistos como uma ameaça para a equipe, como um fator estressante, onde suas patologias, muitas vezes, substituem o seu nome.

“... o HIV do quarto 1 não quis tomar a medicação.”

(Técnica de enfermagem, M.)

“São tantas anginas naquela sala, que...”

(Dra. V.)

Contrapondo tal visão, procurarei realizar minha prática assistencial, embasado em meus conceitos de indivisibilidade e singularidade, vendo o homem/cliente, em sua total dimensão.

“D^{na} J. Como passou a noite?”

“Esse Rosário é da senhora?

Já rezou hoje?”

“Por que essa tristeza?”

“Ontem, eu fiz o que você me pediu. Quando cheguei aqui, segurei na mão dela e disse-lhe o quanto a amava”.

(P., filha de D^{na} C.)

Indo ao encontro à Collière, (1998, p.311), quando diz: *“Cuidar é agir sobre o poder de existir, permitido a este poder, mobilizar-se, desenvolver-se, utilizar-se ou*

levando-os a imobilizar-se, a contrair-se, a reduzir-se”.

FAMÍLIA

“...unidade dinâmica, onde numa situação de crise, passam desenvolver papéis na tentativa de ajudarem-se mutuamente ...”

Minha experiência constatou, que na maioria das vezes, os familiares que permaneciam com seus entes no setor de emergência, eram por vezes, vistos pela equipe, como um atrapalho no seu serviço, deixando-os de lado e tratando-os com desrespeito.

Não viam a família, como um potencial instrumento terapêutico no restabelecimento harmônico do homem/ cliente.

“ Não precisa ficar no quarto os acompanhantes dos pacientes menos graves.”

(Enfermeira M.)

“A senhora está com quem? Só fica um por cada paciente(...)”

(Enfermeira B.)

“... esses acompanhantes vivem enchendo o meu saco com perguntas!”

(Dr. L.)

Buscando resgatar conhecimentos, encontrei em Nazário (1996), uma afirmativa que mostra a família como uma fonte de energias para o homem/cliente:

... a família por perto nesta hora, só tem a ajudar, passando energia positiva e deixando o doente mais tranquilo e confiante”. (fala de um acompanhante entrevistada pela autora).

Essa afirmativa reflete verdadeiramente, a importância da permanência do familiar junto do cliente.

Com isso, pude inúmeras vezes, interagir com a família, na tentativa de estimulá-los em sua permanência no setor.

“Seria bom se você ficasse com ela. Ontem ela me disse que sentia-se muito sozinha e tinha medo que os médicos fossem fazer algo que ela não quisesse”.

Concordo com Nazário (1996), quando diz que, a situação de risco de vida e o próprio ambiente da Emergência, podem ser considerados componentes estressores importantes, não só para o doente, mas também para a família e para quem o assistia. É fundamental para os familiares estarem próximos dos clientes e sentirem-se partícipes do processo assistencial.

SERVIÇO DE EMERGÊNCIA

“local, onde condições externas influenciam positiva ou negativamente ...”

O Serviço de Emergência adotado para a minha prática assistencial, caracterizava-se por condições externas de extrema dramaticidade e de grande estresse, aos clientes que lá iam e aos profissionais que desenvolviam suas atividades.

Fatores desencadeantes de desconforto e mal estar, muitas vezes foram por mim presenciados, interferindo estes, de modo negativo no restabelecimento do cliente.

“... vê se consegue uma maca pra mim. Não agüento mais ficar nesta posição, sentado nesta cadeira de rodas”.

(Seu J., internado com diagnóstico médico de angina instável)

Eram inúmeros clientes, que tendo o seu estado de equilíbrio harmônico

abalado, procuravam o serviço de emergência e submetiam-se as mais diversas maneiras de “adaptação” ao novo ambiente.

A terapêutica, por outro lado, tornava-se ineficaz, pois os clientes com casos clínicos de angina instável e outras patologias que requeriam um ambiente absolutamente tranqüilo, muitas vezes eram tratados em macas ou cadeiras de rodas pelos corredores da unidade.

DOENÇA

“... desequilíbrio abrupto ou instantâneo ...”

No atendimento ao homem/cliente, que tinha sua vida comprometida com uma situação de emergência, era nítido observar, que tal fato, era por ele lentamente assimilado.

Muitas vezes, colocava a responsabilidade por não poder realizar determinadas atividades à seu desequilíbrio.

“Como eu vou trabalhar agora que perdi uma parte de mim?”

(W., vítima de acidente de motocicleta)

“Ontem ela me perguntou se voltaria a caminhar.”

(Filha de dona M., que fraturou o fêmur)

Assim, o conceito de doença em situação de emergência/urgência por mim adotado, reflete realmente que sua adaptação ao ocorrido leva o homem/cliente à uma série de insuficiências, onde o enfermeiro no seu assistir, tem como função resgatar forças para que aquele ser atue em seu próprio processo de reequilíbrio harmônico.

"CONSIDERAÇÕES FINAIS"

Levando em consideração, às 220 horas de estágio extracurricular no primeiro semestre de 1997, no Serviço de Emergência do Hospital Universitário, foram 470 horas de experiência acadêmica em ambiente emergencial, onde pude vivenciar duas realidades extremamente distintas e reais, levando-me a uma série de reflexões pessoais.

Como a maioria de minhas experiências hospitalares se deu no Hospital Universitário, estava acostumado com uma assistência voltada ao cliente, onde suas necessidades totais eram relevadas e respeitadas.

Através de minhas leituras referentes a *“organização de um serviço de emergência, modo de abordagem ao cliente em emergência”*, lia, relia e aprendia o correto, para na prática, poder vivenciar tal experiência, porém a realidade defrontada não foi muito semelhante ao meu mundo teórico. A desorganização, o descaso com a vida humana e o desrespeito à ética profissional, foram situações quase diárias que pude presenciar. As vezes, sentia-me sem motivação para continuar meu estágio, mas tinha que concluir a fase, e para isso, tinha que passar.

Contudo, posso melhor avaliar a minha postura profissional, comparando-a a de outros, e com certeza, foi totalmente diferenciada, levando-me a uma enorme gratificação pessoal.

A nível profissional, sinto-me hoje mais seguro na tomada de muitas decisões burocráticas, técnicas e administrativas, pois um campo de estágio representado por uma emergência hospitalar, nos fornece uma gama de opções, experiências e prática, somando em muito na nossa formação acadêmica.

O estímulo na tomada de decisões rápidas, exercita-nos na técnica da observação e atenção, requisitos fundamentais no fazer enfermagem emergencial.

Visto, isso, aqui faço algumas recomendações necessárias para que meu relatório realmente fique condizente ao que eu realmente acredito.

Aos Colegas do Curso de Graduação em Enfermagem

“Que experienciem cotidiano de uma emergência hospitalar, pois lá, terão a oportunidade de viverem situações muito ricas, no âmbito de casos clínicos, técnicas de enfermagem e vivências pessoais.

À Direção do Hospital Regional

“Que busque realmente a reestruturação da planta física do Serviço de Emergência, pois acredito que tal setor possui fatores externos que influenciem negativamente no restabelecimento harmônico dos clientes, pois inúmeras vezes, deparei-me com situações, onde a terapêutica empregada, era prejudicada pela inadequação do estado onde o cliente era submetido em sua internação hospitalar. ”.

À Equipe de Enfermagem (técnicos e auxiliares)

“Que realmente se comprometam com a sua função primordial que é o Cuidar e o Cuidado, pois tenho a convicção que *Enfermagem é a arte de assistir e atender o ser humano em suas necessidades humanas básicas*”.

Às Nutricionistas

“Que realizem a visita diária aos clientes, a fim de conhecer melhor os seus hábitos alimentares”.

À Meri

“Que continue sendo esta ótima técnica de enfermagem que você é, pois são de profissionais como você, que este setor está precisando”.

Aos Voluntários

“Que continuem levando alegria e descontração à todos que se encontram neste Serviço de Emergência”.

Às Auxiliares de Serviços Gerais

“Que com seus sorrisos e atenção, minimizaram muitos momentos de angústia dos clientes internados e em observação. Continuem assim”.

À Família

“Que atuem de forma positiva no restabelecimento de seu ente, permanecendo com ele, dando-lhe apoio, confiança e exigindo sua permanência no setor”.

Ao Cliente

“Simplesmente, que exijam um tratamento digno e condizente com sua situação de ser humano”.

E Em Especial (...)

(...) Às Enfermeiras

“Que por serem, os profissionais qualificados em fornecer aos clientes, os necessários suficientes, devem:

Se inserir com um maior compromisso no seu cotidiano de serviço;

Buscar o aprimoramento do relacionamento interpessoal;

Servir como fonte geradora de energias, potencializando forças e confiança para seus clientes, pois é em vocês, que eles buscam guarida e proteção;

Passar a visita diária ao cliente e anotar suas principais queixas, pois assim, aumentaremos o nosso espaço profissional;

Olhar a família, como um instrumento terapêutico no restabelecimento do cliente;

Servir como exemplo profissional para a equipe de enfermagem, pois é em nós, que eles procuram se identificar;

Aumentar a supervisão para com os funcionários, pois alguns se ausentam em seus afazeres, negam-se a realizar procedimentos assistenciais, atrasam a medicação. Para isso, seria extremamente necessário a reciclagem do pessoal em forma de palestras, treinamentos e aulas;

Por-se no lugar do outro, estando presente, dando força, escutando e aprendendo a viver.

*Viver igual aquele cliente que
agonizante, queria ter vida para viver;
Viver como homem/sentimento que
pode transmitir aos outros, essa força de
viver”.*

"MOSTRANDO A BIBLIOGRAFIA"

ALVES, José Galvão. Aspectos psicossociais do atendimento de emergência. **Jornal Brasileiro de Medicina**, v. 63, n.5/6, p. 48- 58, nov./dez. 1994.

AMADO, Gennson. Revisão, planejamento, organização e administração dos serviços de pronto-socorro. **Revista Brasileira de Hospitais**. p. 1- 14, jan./fev. 1978.

BAPTISTA, Carmem Lilian Brun Marques. **Convivendo e compreendendo: assistência de enfermagem ao paciente e família no serviço de emergência**. Florianópolis: UFSC, 1995. 72p. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem)_ Curso de Pós Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 1995.

BARBOSA, Sayonara de Fátima Faria. **Indo além do assistir_ cuidando e compreendendo a experiência de conviver com o cliente internado em unidade de tratamento intensivo**. Florianópolis: UFSC, 1995. 180p. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem)_ Curso de Pós Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 1995.

BARRETO, Sérgio S. Menna. **Rotinas em terapia intensiva**. Porto Alegre: Artes Médicas. 2.ed. 1993.

BERTANI, Ana Maria, COSTA, Íris F. Cardiopatia crônica e seus aspectos sociais na unidade de emergência. **Revista de Serviço Social do Hospital das Clínicas de São Paulo**. São Paulo, v.1, n.1, 1995.

BRUNNER, Lillian S. & SUDDARTH, Daris S. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 6 ed. 1994.

COELHO, Maria José. Os bastidores da assistência: cliente em risco de vida e a enfermagem na unidade de emergência. **Revista de Enfermagem da Universidade Estadual do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro, v.4, n.1, p.144, mai.1996.

DRUMOOND, José Paulo, EMPINOTTI, Celso Luiz. Serviço de Emergência Hospitalar. In; DRUMMOND, José Paulo. **Trauma e anestesiologia**. Rio de Janeiro: Medsi. 1992. Cap. 3, p.51-68.

DRUMMOND, José Paulo, LIMA, Walter Celso. Organização assistencial de emergência In: DRUMMOND, José Paulo. **Trauma e anestesiologia**. Rio de Janeiro: Medsi. 1992. p. 1-18.

ESTRADA, Elizabeth G. Sistema de triagem. **Clínicas de enfermagem da América do Norte**. Rio de Janeiro: Interamericana, 1981.

FILHO, Aldo José Peixoto et al. Avaliação da gravidade dos atendimentos no serviço de emergência do HU/ UFSC. **Revista de Assistência Médica**, v. 37, n.2, abr /jun. 1991.

HAYS, Joyce SamHammer, LARSON, Kenneteh. **Interacting with patients**. New York: The Macmillan Company, 1978, 282p.

HORTA, Wanda de Aguiar. **Processo de enfermagem**. São Paulo: EPU, 1979.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina Andrade. **Fundamentos da metodologia científica**. São Paulo: Atlas. 3.ed. 1988.

LEAVEL, Hug & CLARK, Gurney. **Medicina preventiva**. São Paulo: MacGraw Hill do Brasil . 3.ed. 1990.

LOPES, Mário. **Emergências médicas**. Rio de Janeiro. RJ: Guanabara Koogan. 4.ed. 1984.

MILDRED, K. In: WERNER R.N. **Enfermagem nas emergências**. 2.ed. Rio de Janeiro: Interamericana, 1980.

MORITZ, Rachel Duarte. Estudo comparativo do atendimento a nível emergencial entre os hospital universitário de Florianópolis e clinic i provincial de Barcelona. **Arquivos Catarinenses de Medicina**. Florianópolis, v.20, n.2/3, p.91-92, abr/set.1991.

NASI, Luiz Antônio. **Rotinas em pronto-socorro**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

NAZÁRIO, Nazaré Otilia. **Assistência globalizada de enfermagem em emergência hospitalar**. Florianópolis: UFSC, 1996. 270p. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem)_ Curso de Pós Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 1996.

OLIVIERE, Durval Pessoa. **O ser doente: dimensão humana na formação do profissional da saúde**. São Paulo: Moraes, 1985.

ORLANDO, I.J. In: GEORGE, S.P. **Teorias de enfermagem: fundamentos para a prática profissional**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. Cap.10.

PARSE, Rosimery R. **The totality paradigm**. In: Nursing science: major paradigms, theories and critiques. Philadelphia: W.B. Saunders, 1987.

PAULA, Wilson Kreamer. **Releitura da teoria das necessidades humanas básicas**, 1993.

PIERIN, Ângela Maria Geraldo. Centro assistencial de enfermagem: análise do atendimento em situações eventuais e de emergência. **Revista Paulista de Enfermagem**. São Paulo, v.8, n.1, p.16-18, Jan/Fev/Mar. 1985.

REGO, Sérgio, PALÁCIOS, Marisa. A organização do trabalho hospitalar e a formação dos estudantes de medicina nas emergências. **Revista do Centro Brasileiro de Estudos da Saúde**. Brasília. n.49-50, p.95-100, Dez/95, Mar/96.

ROGERS, Jean H., OSBORN, Harold H., POUSADA, Lídia. **Enfermagem em emergência: um manual prático**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

SASSO, Grace Terezinha Marcon dal. **A crise como uma oportunidade de crescimento para a família que enfrenta uma doença aguda_ um desafio para a enfermagem**. Florianópolis: UFSC, 1995. 228p. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem)_ Curso de Pós Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 1995.

SOARES, Enedina et al. Diagnóstico das condições de atendimento de emergência em pronto-socorro. **Cogitare Enfermagem**. v.1, n.2, Jan/Jun. 1996.

SOUZA, Márcia. Humanização da abordagem nas unidades de terapia intensiva. **Revista Paulista de Enfermagem**. São Paulo, v.5, n.2, p.77-79, Abr/ Mai/ Jun. 1985.

SPINELLA, Juddy C. **Clinica de enfermagem da América do Norte**. Rio de Janeiro: Interamericana, 1981.

STINE, Robert J., MARCUS, Robert H. **Emergências médicas**. Rio de Janeiro: Medsi, 1989.

TRENTINI, Mercedes. Relação entre teoria e prática. **Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo**. São Paulo. v.2, n.20, p.135-143, Ago/1987.

WELLS-MACKIE, Juddy. Avaliação e determinação de prioridades. **Clínica de enfermagem da América do Norte**. Rio de Janeiro: Interamericana, 1981, p.3-12.

WERNER, Carmem Germaine. **Enfermagem nas emergências**. Rio de Janeiro: Interamericana, 2.ed. 1980.

WYNGAARDEN, James, SMITH, Lloyd, BENNETT, Claude. **Tratado de medicina interna**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 19 ed. 1994.

ANEXOS

PRIMEIRA SEMANA DE ESTÁGIO

01 de Setembro de 1997

Cheguei à Unidade de Emergência do Hospital Regional de São José às sete horas da manhã, e na sala da chefia de enfermagem, fui apresentado por minha supervisora aos funcionários que estavam de plantão. Pude então, expor minha situação acadêmica e os objetivos de meu estágio.

Em seguida, com o enfermeiro do noturno, acompanhado de minha supervisora, fomos receber o plantão, que é passado de cliente à cliente. Na unidade, haviam exatamente vinte e seis clientes internados, dos quais, doze estavam em maca pelos corredores, nove internados no repouso e cinco em cadeiras de roda. Somando mais oito que permaneciam em observação, pela clínica médica e cardiologia.

Durante a passagem de plantão, uma cliente em especial, chamou-me atenção, pois seu aspecto físico era impressionante. Tratava-se de uma senhora, que aguardava ser atendida, aparentando ter uns 40 anos. Apresentava queimaduras extensas em tórax, pescoço e face, com aspectos clínicos de primeiro, segundo e terceiro graus. Passamos por ela, e continuamos nossa atividade.

Já terminando a passagem de plantão, chegamos em um cliente que permanecia internado em cadeira comum desde o dia 30 de agosto, com o diagnóstico médico de angina instável e não suportando mais o desconforto, decidiu pedir a sua esposa que trouxesse uma cadeira de praia, sendo esta, solicitada pela enfermeira que fosse levada de volta para casa.

Visto isso, informei minha supervisora que iria conhecer melhor a rotina do setor, acompanhando alguns funcionários em seus afazeres.

Escolhi a sala cirúrgica, onde são encaminhados os clientes vítimas de acidentes, que necessitam de suturas, debridamentos ou outras técnicas invasivas, como, drenagem torácica, punções entre outros, e lá fui apresentado pelo funcionários ao residente G. do

segundo ano de residência em Cirurgia Geral, que se mostrou muito receptivo e acessível. Conversamos acerca dos casos cirúrgicos mais comuns de acontecer na unidade e perguntei à ele, se era de sua competência o tratamento e o atendimento daquela senhora queimada que aguardava ser atendida. Ele me respondeu que sim e me convidou a auxiliá-lo em seu procedimento de debridamento e curativo.

Encaminhei a cliente até à sala cirúrgica, onde ela se apresentou como sendo *M.* Deitei-a na maca da sala onde o residente *G.* iniciou o procedimento. Durante o debridamento, ele ia me explicando as diferenças entre os tipos de queimaduras, enquanto conversávamos com *M.*, que mostrou-se muito satisfeita com nossa assistência.

Terminado o procedimento, o residente saiu da sala e ficamos apenas eu e ela.

- É dona M., tudo bem? Está doendo?

- Agora não, só quando você colocava o soro e o médico puxava minha pele.

- É assim mesmo. A pele morta deve ser toda retirada prá não causar infecção e isto é a única coisa que nós não queremos.

- Eu vou ficar muito tempo internada?

- Isto vai depender da evolução das suas queimaduras. Como foi que a senhora se queimou?

- Eu tinha discutido com o meu filho, pois era meu aniversário e ele não tinha me dado parabéns. Perguntei o motivo, e ele me respondeu que dele nem um beijo eu merecia. Saí de casa chorando, pois os problemas de dinheiro também são grandes, e fui no bar tomar umas cervejinhas. Voltei pra casa, me tranquei no quarto com um galão de querosene e derramei em mim. Pensei um pouco, e faltou coragem pra riscar o fósforo e tocar fogo em mim. Me levantei, peguei um cigarro, pus na boca e o acendi, esquecendo que estava toda encharcada de querosene. Só me lembro de uma explosão, eu tentando apagar o fogo que já estava por todo lado. Peguei meu cobertor e abafei-o, foi onde o meu marido escutando os meus gritos, arrombou a porta e me socorreu, trazendo-me para cá.

- Que desespero né? Deve ter sido horrível !

- Nem fala, meu filho. Nem fala.

Sorri, saindo em seguida, para verificar junto à enfermeira, sobre a possibilidade de tentar uma vaga na UTI ou em algum andar, com quarto de isolamento para *M.* A enfermeira me

informou que uma vaga seria quase impossível e tínhamos que deixá-la em uma maca no corredor.

Após acomodar a cliente, informei-a que sua permanência ali seria transitória e que logo que surgisse uma vaga no andar, ela seria transferida, ou dependendo da evolução de suas lesões, ganharia alta.

Durante aquela manhã, troquei o lençol de sua maca inúmeras vezes, sempre com a preocupação de mantê-la sobre uma superfície extremamente limpa, pois era o mínimo e o máximo que eu poderia fazer.

Deitando-a na maca, orientei-a para ingerir bastante líquidos e que não deveria coçar suas lesões.

Visto isto, despedi-me e fui tomar café, pois já passavam das 10:30h e eu estava morrendo de fome.

Retornei ao setor alguns minutos depois, e fui conhecer os clientes que estavam no setor, inclusive os da sala de medicação. Conversei com eles durante toda a manhã.

Às 13:20h, passamos o plantão em seguida, fui embora.

02 de Setembro de 1997

Recebemos o plantão e *M.* permanecia internada no corredor, agora, em companhia de seu marido.

Após o término da passagem de plantão, fui ao seu encontro, e dei um bom dia, perguntando:

- *Oi, como passou a noite?*

- *Mal, não pela dor, mas pelo desconforto de não poder dormir direito e pela expressão de pena e espanto que as pessoas fazem quando me olham. Eu me sinto tão mal.*

- *Quer tomar um banho?* Perguntei.

- *Será que eu posso?*

- *Agora pela manhã eu falei com o residente G. e ele achou uma boa idéia. Vamos?*

- *Vamos (...).*

Conversei com seu marido e expliquei que durante o banho seria conveniente que ela se ensaboasse bem e que deixasse escorrer bastante água sobre as lesões. Levei-os ao banheiro e saí para buscar toalhas e sabão anti-séptico. Na volta, com todo o material de higiene, entrei no banheiro e encontrei *M.* chorando em frente ao espelho.

- *Como eu estou feia !!!!*

- *A senhora ainda não havia visto?*

- *Não. Esse inchaço vai sair?*

- *Sim, é um processo natural de seu organismo em resposta à agressão que ele sofreu. Não se preocupe.*

Peguei em sua mão e disse:

- *Pode confiar em mim! É verdade.*

Expliquei-a que deveria se ensaboar bem, com cuidado para não produzir novas escoriações, saindo em seguida, pois estava com vergonha de minha presença.

Terminado o banho, levei-a até sua maca, que já estava preparada com lençóis limpos, permanecendo junto à ela.

OBS: Após contato com a enfermeira supervisora na banca Avaliadora, foi evidenciado que a técnica correta no caso do banho, que a orientação dada a esta cliente

está correta em relação a uso do sabão, porém em relação ao cuidado para não produzir novas escoriações não procedeu. O cuidado indicado é realmente, uma fricção nas áreas afetadas para produzir o debridamento.

Nisto, vi minha supervisora correndo, em direção a sala de reanimação. Ao passar por mim, gritou:

- Vem, tem uma parada na sala.

Fui e entrei. Na maca estava um senhor de mais ou menos 70 anos, sendo massageado por um acadêmico de medicina e sendo ventilado com ambú e oxigênio a 10 litros por minuto pela enfermeira professora do curso técnico de enfermagem do Colégio Coração de Jesus. Minha supervisora auxiliava na punção venosa. Não sabendo quem eu era, a enfermeira professora me olhou e perguntou:

- Você entuba?

- Eu não. Não sou médico. Respondi

Não contente com minha resposta, a tal enfermeira ergueu sua cabeça e gritou à funcionária:

- Prepare o material que eu mesma vou entubar o paciente.

Assustado com sua postura, olhei para minha supervisora e abaixei minha cabeça. Para sorte do cliente, a *técnica médica* de entubação foi realizada com sucesso. Cinco minutos após, chega na sala o médico residente da cardiologia, gritando e ditando ordens.

- Quem entubou? Já administraram alguma droga? Chamem o eletro (...)

Passado isto, o eletro atendeu prontamente o chamado e as técnicas de ressucitação cárdiopulmonar eram realizadas incansavelmente. No traçado elétrico: *Assistolia Cardíaca*.

Foi obtida uma breve história da vítima junto ao vizinho que o trouxe, na qual informando se tratar de um cardiopata e que o mesmo estava andando de bicicleta quando sentiu-se mal e caiu. Socorrido, foi trazido de Palhoça, sem qualquer tentativa de reanimação, totalizando numa demora de mais ou menos dez minutos.

Informei a história ao residente, que decidiu parar com a reanimação cárdio-respiratória, diagnosticando o óbito do cliente. Fui com ele então, dar a notícia do falecimento ao acompanhante, que se prontificou em informar sua família. Retornando a sala

de reanimação, retirei todas as punções venosas e o tubo oro- traqueal, preparando o seu corpo para enviá-lo ao Serviço de Verificação de Óbito (SVO), situado no bairro da Agrônômica.

Em seguida, fui passar a minha visita diária aos clientes internados e em observação. No repouso, notei a presença de um cliente recém internado, aparentando ter uns 60 anos. Tratava-se de C., um seqüelado por derrame cerebral, que mantinha-se imóvel no leito, com paralisia de membros inferiores , parestesia de membro superior esquerdo e disfasia. Permanecia deitado em decúbito dorsal, com fluidoterapia e sondagem nasogástrica para alimentação. Conversei um pouco com seu acompanhante sobre o seu estado geral e saí.

Terminada minha visita, fui até as salas cirúrgicas, e juntamente com o residente G. atendemos os casos de escoriações em membros superiores por queda de motocicleta e um estrangulamento de membro superior direito, de um rapaz de onze anos, que teve seu braço quase amputado por uma máquina de fazer pão. Encaminhamos o garoto ao serviço de radiologia do hospital e em seguida, solicitamos a ambulância para encaminharmos ao Hospital Infantil Joana da Gusmão.

Realizei após, uma supervisão geral na unidade, onde pude identificar a presença de vários “*furos*” de serviço, no que diz respeito ao horário das medicações, gotejamento errado nos soros e checagem incorreta em alguns prontuários. Curioso sobre as anotações de enfermagem realizadas no impresso destinado ao Relatório de Enfermagem, deparei-me com a seguinte afirmativa:

“ O paciente continua na mesma.

Seu quadro permanece o mesmo”.

Comentei com a enfermeira, professora do técnico de enfermagem, sobre a necessidade real de se ter uma metodologia de assistência ao cliente, pois estou acostumado com a dinâmica do Hospital Universitário e sentia a necessidade de informações acerca do estado diário dos clientes que ali permaneciam internados.

Olhando-me, comentou:

- Por acaso, você já viu no HU, alguma enfermeira limpar m... de paciente? O que elas sabem fazer, é sentar-se em suas mesas e escreverem.

Completamente estarecido e sem graça com a resposta, pois esperava que sua

atitude seria contrária, já que se tratava de uma enfermeira, saí do posto de enfermagem e fui organizar minhas anotações para passar o plantão.

03 de Setembro de 1997

Recebemos o plantão e o corredor da unidade estava completamente vazio. Fui ao repouso e certifiquei-me que havia diversos clientes internados, inclusive aquele senhor do qual eu me deparei no dia anterior, seu *C*. Notando que ele estava na mesma posição (decúbito dorsal), perguntei ao seu acompanhante (filho) se ele o havia mudado de decúbito, e ele respondeu-me que não. Então, fui ao posto de enfermagem, coloquei uma luva de procedimentos e virei-o para o seu lado esquerdo, notando um ponto de pressão em sua região sacra. Apanhei uma gaze e fiz massagem no local, a fim de estimular a circulação. Notando a presença de urina no lençol, apanhei o material de higiene e resolvi dar-lhe um banho de leito. Munido de lâmina de barbear, iniciei o procedimento fazendo a barba, que já estava um pouco grande. Na altura de seu queixo, dei um pequeno corte, e com a ajuda de seu filho, iniciamos o banho. Eu enxaguava e o filho enxugava, sempre explicando como se fazia, pois nesta unidade são os acompanhantes que realizam a higiene e o conforto dos clientes. Terminado o procedimento, perguntei se ele havia entendido a importância de se começar o banho pelo rosto, indo em direção ao tórax e deixando os genitais e ânus por último, e ele me respondeu que sim. Agradeceu-me e saiu.

Em seguida, fui procurar *M.*, e achei-a internada na sala de isolamento.

- *Bom dia, como passou a noite?*

- *Bem, me colocaram aqui, é melhor, porque tem mais sossego.*

- *Sabia que eu tenho uma ótima notícia pra te dar?*

- *Eu vou pra casa?*

- *Adivinhou. Legal né?*

Conversamos um pouco a respeito de seu filho, de suas irmãs que viriam visitá-la e do medo da bronca que ela iria ganhar da irmã mais velha. Fui em direção a porta, abri, olhei para trás e me despedi com um sorriso. Ela fez o mesmo.

Em seguida, fui assistir uma palestra sobre “Atendimento Inicial ao Politraumatizado”, abrangendo os temas de: *Transporte Inicial da Vítima Politraumatizada; Exame Físico Primário (ABC da Reanimação Cárdio-pulmonar); Socorro na Unidade de Emergência Hospitalar, Exame Físico Secundário*, etc. Terminada

a palestra, fui almoçar, retornando ao campo de estágio meia hora depois, para passar o plantão.

04 de Setembro de 1997

Acordar às 5:45 da manhã ainda não se tornou uma rotina para mim.

Cheguei na unidade, às 7:10 e o plantão ainda não havia sido passado.

Apanhei um papel e fui junto, receber o plantão.

A unidade estava calma. Alguns clientes nos corredores, mas poucos. Passei minha visita diária e senti falta de *M.*. Procurando seu nome no livro de intercorrências vi:

M.S.L.

03/09/97

Alta Hospitalar

Entrando na sala de reanimação, notei a presença de uma cliente, que estava entubada e sendo oxigenada com ambú. Seus batimentos cardíacos estavam normais. Procurei me informar a respeito do caso, e a médica me relatou tratar-se de uma cliente que estava internada no setor desde a madrugada, com diagnóstico médico de Insuficiência Renal Aguda, e que às 7:30 da manhã teve uma parada cardíaca. Atentamente, eu observava os procedimentos que estavam sendo realizados, enquanto era tentado vaga na UTI dos hospitais vizinhos, pois a UTI do HRSJ estava lotada. Conseguimos sua internação no Hospital Florianópolis. Agilizamos a ambulância e fomos transferi-la. No carro, fomos eu, uma funcionária e a médica, onde a oxigenação era efetuada por mim, através da máscara, ambú e torpedo de oxigênio. Chegando ao referido hospital, passamos seus cuidados aos profissionais e retornamos a nossa instituição. Vim conversando com a funcionária a respeito da qualidade da assistência e ela se mostrou muito insatisfeita com a falta de humanização dos profissionais do setor e com o descaso das políticas de assistência.

Chegamos à unidade e fui até o centro de estudos, permanecendo lá um bom período, para realizar uma consulta sobre Angina Instável.

Às 11:30h, retornei ao setor de emergência e encontrei uma unidade calma. Passei minha visita diária e percebi ser o momento onde eu posso interagir com maior grandeza junto aos clientes. É incrível perceber, como eles possuem uma imensa capacidade de observação, pois quando notam que um funcionário é mais receptivo, que mete a mão na massa mesmo, eles vem todos “correndo” em nossa direção com os mais variados problemas para resolvermos:

“ - Olha! O meu soro acabou!”

“ - Que horas o meu médico vai passar?”

“- Dá uma olhadinha no meu pai, ele não está passando bem!”

E assim vou caminhando com o meu estágio. No final do plantão, estou morto e a única certeza, é que chegando em casa, pego o meu travesseiro e vou dormir um pouquinho. Sabendo que fiz o possível por meu cliente.

05 de Setembro de 1997

Último dia da semana! Primeira semana de estágio! Meu Deus (...).

Cheguei ao “campo de guerra” e no corredor encontrei já de cara, um acidentado. Apresentei-me à ele, e desesperado, me forneceu algumas coordenadas de sua casa para que eu entrasse em contato com sua família. Tratava-se de **B.**, um senhor de 40 anos, que havia sido atropelado, enquanto catava papelão para vender, pois trabalha neste serviço. O atropelamento se deu as margens da BR 101 e seu socorro foi prestado pelos socorristas do Corpo de Bombeiros.

A única referência de sua casa, era que morava na via expressa perto do Big Compras.

Entrei em contato, pessoalmente, com o serviço social do hospital, onde a assistente se prontificou em telefonar às delegacias da região, deixando o nome do cliente, para caso alguém fosse procurá-lo. Em retorno à unidade, encontrei sua esposa junto à ele. Conversamos e ela me falou que ele havia sumido desde ontem pela manhã (horário do acidente), e preocupada com seu desaparecimento. Veio até o hospital, procurá-lo.

Retornei até a sala da assistente social, agora para informar que sua família estava a par de seu paradeiro e que poderia cancelar as buscas. Saí e fui passar minha visita diária.

Como foi uma manhã calma, passei o tempo junto aos pacientes do repouso, conversando e esclarecendo dúvidas que eles apresentavam a respeito de suas doenças.

Às 13:20h, iniciamos a passagem de plantão. Ao término, uma enfermeira comentou com a outra:

- Eu não sei como esses pacientes que permanecem internados no corredor, ficam cinco dias sem pedir para tomar banho.

Vou pra casa, cansado, estressado, angustiado, porém vivo.

SEGUNDA SEMANA DE ESTÁGIO

08 de Setembro de 1997

Cheguei á unidade às 7:05 h. e deixei meu material na sala de enfermagem. Peguei um papel e fui receber o plantão. No corredor, tínhamos internados em maca, três clientes com angina instável, dois atropelados que estavam em observação pela ortopedia, e um cliente internado pela clínica médica com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica. No repouso, permaneciam os clientes da semana anterior e uma senhora de 70 anos com fratura de fêmur na altura do colo direito que aguardava cirurgia para implantação de prótese óssea. No isolamento, deitado em uma maca no chão, estava um cliente em fase terminal de AIDS portador de tuberculose,.

Coloquei uma máscara, por se tratar de isolamento respiratório, e dei uma espiadinha pela fresta da porta. No chão, estava um homem de mais ou menos 30 anos, barba comprida, extremamente caquético e agonizante. Sua respiração oscilava entre 12 batimentos por minuto. O cheiro do local era insuportável. Notando minha presença, ele me olhou e fechou os olhos em seguida. Fechei a porta e fui falar com a enfermeira sobre o seu estado e ela me disse se tratar de um paciente “SPP” (que significa “*se parar parou*”, sigla muito usada pelos profissionais quando trata-se de um cliente que não é reanimável) .

Eram exatamente 8:40h. e me dirigi às salas cirúrgicas, a fim de esperar a chegada de situações emergenciais. Como o movimento estava fraco e já eram 10h, fui até o isolamento e notei que o cliente havia parado de respirar. Chamei a médica e ela diagnosticou o óbito do cliente. Preparamos o corpo e enviamos ao necrotério do hospital.

Saí e fui tomar café. Na volta, entrei no quarto do repouso a fim de conversar com a tal senhora que havia quebrado o fêmur.

- *Oi, como a senhora passou a noite?*

- *É meu filho, mal né. Só posso ficar de barriga pra cima!*

- *É realmente desconfortável, né dona G. Como a senhora quebrou a perna?*

- *Eu tava deitada, né. Me levantei para ir no banheiro e escorreguei na cozinha.*

Não consegui me levantar mais aí pedi socorro pra minha filha.

- *A senhora mora com ela?*

- *Moro.*

- *Vocês são daqui?*

- *Não, somos de Urubici.*

Conversamos mais de meia hora, tempo em que além da conversa, eu supervisionava os soros daquele quarto, prestava assistência direta à ela, pois encontrava-se sob tração no membro afetado, e ela ia me contando um pouco de sua vida. Ao me despedir, ela me agradeceu muito a visita, disse que ficou muito contente com minha atenção pois sentia-se muito só. Pegou minha mão, sorriu e em seguida saiu.

Vizinho a este quarto, encontrava-se uma cliente no leito 1, internada pela cirurgia vascular com diagnóstico de Linfangite Bolhosa em membro superior direito, ocasionada por uma injeção de Voltaren no deltóide. Tratava-se de Z., uma mulher de 35 anos, que após apresentar uma crise violenta de dor abdominal, foi à farmácia, recebendo medicação intra muscular, motivo este de sua internação hospitalar. Como ela estava comendo, segurei seu frasco de soro com penicilina cristalina, a fim de correr no tempo certo, pois o mesmo havia parado de pingar por ela estar sentada e com a outra mão, encostei na luminária da cama, não percebendo um fio desencapado que estava a vista. Levei um tremendo choque e com o susto, todos do quarto começaram a rir, depois inclusive eu, que odeio levar choque, mas fazer o que né?

Em seguida, após todo aquele estardalhaço, saí para passar o plantão.

10 de Setembro de 1997

Diferentemente dos outros dias, recebi o plantão e ao invés de ir as salas cirúrgicas, fui à sala de medicação e procurei interagir com os clientes.

Dei bom dia a todos e fui conhecê-los um a um. Nisto, notei a presença de uma senhora idosa, que estava na sala desde as 4 horas da madrugada e vi seu extenso rubor facial acompanhado de náuseas. Perguntei a sua acompanhante se ela tinha pressão alta e ela disse que sim. Uma aluna do curso técnico que também estava presente foi medir sua pressão. Não conseguindo, verifiquei e pude constatar se tratar de uma crise de hipertensão, pois estava em 240/ 150 mmHg. Na sua ficha de atendimento havia somente a prescrição de um Adalat 10 mg. Saí e fui procurar a enfermeira, que me orientou a procurar o médico cardiologista. Não encontrando-o após várias tentativas e no desespero, solicitei o médico triagista por acaso e pedi sua avaliação. Ele foi até a sala, expliquei o caso e prescreveu uma ampola de Lasix endovenoso. Pôr se tratar de uma emergência hipertensiva, puncionei a veia e administrei o medicamento.

A ação rápida do diurético fez sua pressão abaixar para 150/ 110 mmHg. Acomodei-a no banco dando-lhe um travesseiro e saí.

No corredor, fui abordado por L., uma aluna do técnico que me pediu auxílio num curativo de um cliente que apresentava múltiplas escoriações no rosto por ter sido atropelado. Enquanto realizávamos o procedimento, perguntei a ele o que havia ocorrido e ele não lembrava-se de nada. Pediu-me apenas para entrar em contato com sua vizinha, através de um telefone que me forneceu, para a mesma comunicar seus familiares sobre o seu estado e paradeiro.

Ao retornar a sala cirúrgica para informá-lo que havia falado com sua vizinha, entrei na sala de medicação e medi novamente a pressão daquela senhora, que agora mantinha-se estável. Foi liberada uma hora e meia depois.

Passando minha visita diária aos clientes do corredor, conheci L., uma senhora de 80 anos que estava internada desde o dia 09 de setembro por apresentar queda do estado geral acompanhado de miocardiopatia crônica. Estava em maca no corredor e sua irmã a

acompanhava. Já eram 11 horas ela dormia desde a madrugada. Aproximei-me, passei a mão em sua cabeça e disse “*bom dia*”. Ela abriu os olhos e com uma certa dificuldade perguntou quem eu era e imediatamente me apresentei. Notando minha presença, sua irmã que estava conversando com outro cliente veio em nossa direção. Apresentei-me à ela e perguntei o que havia acontecido à dona *L.*

L. era uma senhora viúva, natural de Três Riachos, que atualmente morava com sua filha, genro e dois netos. Em casa, fazia os serviços domésticos enquanto sua filha e seu genro trabalhavam. Mãe de doze filhos, dona *L.* era a benzedeira do local onde morava. Na madrugada do dia 08 de setembro, passou mal, apresentando crises de ausência, não conseguindo se levantar da cama e com muito inchaço nas pernas. Sua filha a trouxe ao hospital na manhã seguinte.

Sabendo que *L.* era natural de Três Riachos, perguntei à sua irmã se conhecia *B.*, minha tia. Minha surpresa não foi maior ao descobrir que eram primas. “*Achei mais familiares*”, pensei. Sorrindo da situação, despedi-me e fui continuar minha visita.

Notando a presença do maqueiro do centro cirúrgico, observei que havia entrado no quarto de *J.*, a senhora que teve fratura no colo do fêmur e fui até lá. Informaram-me que ela estava subindo para fazer a cirurgia de restauração e que após seria transferida a unidade de ortopedia do hospital.

Segurei sua mão, ela me olhou nos olhos, sorriu e desejei boa sorte. Fiquei sabendo que ganhou alta duas semanas depois.

Terminado a visita, fui almoçar. No retorno, passamos o plantão e fomos embora.

11 de setembro de 1997

Consegui chegar a unidade às 6:50h. e ainda encontrei toda a equipe do turno da noite.

Eu e a enfermeira *F.* fomos receber o plantão.

No corredor, em cadeira de rodas permaneciam três clientes internados pela cardiologia e cinco em maca.

Recebi o plantão e me dirigi as salas cirúrgicas em companhia de duas alunas do técnico. Lá, em conjunto com um acadêmico de medicina, auxiliiei em uma sutura no dedo indicador de um senhor que havia se acidentado com uma serra elétrica enquanto cortava algumas árvores de seu quintal e na sutura de cabeça de um garoto de três anos que bateu na pia do banheiro.

Indo ao repouso, fui informado que seu *J.*, um cliente internado com diagnóstico de Angina Instável, tinha cateterismo cardíaco para aquela manhã. Me ofereci para acompanhá-lo. Junto com uma funcionária, levamos seu *J.* ao setor de hemodinâmica e pedi permissão ao médico de lá, para acompanhar o exame. Enquanto assistia no monitor de vídeo, o coração recebendo o contraste para ser radiografado, com suas artérias coronárias, ventrículos e átrios, o médico explicava-me cada passo do procedimento. Seu *J.*, prestava atenção.

Ao fim da técnica cirúrgica, agradei a atenção e levamos o cliente novamente a unidade. Lá, pude orientá-lo quando a excessiva ingestão de água, para poder eliminar o contraste iodado e os cuidados com o curativo no local da incisão.

Em seguida, fui ao quarto de *V.*, que também iria realizar o mesmo procedimento, só que no período da tarde, e expliquei-lhe toda a técnica. Conversando um pouco com ele, obtive uma breve história se sua internação.

V. era um jovem de 28 anos, casado, obeso, 130 kg, que após apresentar uma forte dor no peito, procurou o serviço de emergência deste hospital e descobriu ser portador de Hipertensão Arterial e Angina. Indagado sobre seus hábitos alimentares, referiu comer bem e de tudo. Gosta de salgar bem a comida *“deixa o pote de sal do lado do prato e que é fã*

número um de um churrasquinho nos fins de semana". Sua esposa me informou que uma bandeja de margarina em sua casa dura apenas três dias.

Expus à ele que tais hábitos eram extremamente nocivos à sua situação, correlacionando ao seu quadro clínico e ele me disse estar ciente da maiorias de minhas orientações, porém era *"difícil deixar de saborear as boas coisas da vida"*.

Ao término de nossa conversa, fui até a sala de minha supervisora avisar de minha saída mais cedo, pois teria reunião com minha orientadora no começo da tarde.

12 de setembro de 1997

Chegaram três acadêmicos de enfermagem para fazer estágio nesta unidade, “*que bom!*”, pensei.

Como me atrasei um pouco, a passagem de plantão já havia acontecido, então fui sozinho ver “meus” clientes. Iniciei pelo repouso e constatei que no quarto 1 permaneciam internados os pacientes do dia anterior.

- Oi V., tudo bem?

- Tudo, só tá doendo o braço um pouco!

- Como foi o cateterismo?

- Passei bem. Só tá ardendo por dentro.

- É uma reação normal ao iodo que foi injetado em você. É bom tomar bastante água para poder fazer bastante xixi e eliminar o excesso que ainda tem em seu organismo. E no mais, tudo o.k.? Falei.

- Tudo, obrigado. Continuou.

Virando-me ao outro leito, observei dona E., sentada na cama e apresentando tremores generalizados.

- Tá com frio, dona E.? Perguntei.

- Não, eu tô é nervosa! Não consegui dormir direito a noite, a janela ficou aberta, entrou um frio danado e ...

Neste momento, os acompanhantes dos outros clientes trataram de se desculpar pelo fato, referindo que não ia mais acontecer.

Voltando minha conversa com dona E. , continuei.

- E a família? Tem vindo visitar a senhora?

- Não, quase não vem ninguém.

- Muitas saudades?

- Ih! Saudade é grande.

Continuando minha visita, cheguei ao seu A .

- Bom dia! Como passou?

- Bem graças a Deus. Só que o meu médico não veio ontem.

Entrando no quarto 2, percebi a presença de *S.*, uma cliente que já havia sido internada anteriormente. Entrei no quarto e iniciei minha visita pela dona *M.*, do leito três.

- Bom dia. Como está?

- Hoje eu tô bem, e você?

- Bem obrigado. A respiração como está?

- Não tenho mais falta de ar, a dor passou mais, quase não tenho tosse (...)

- Tem tomado bastante água?

- Quase nada.

- Mas é muito bom. Ajuda a eliminar o catarro.

- Ah é?

- É. Tenta tomar, mesmo que não tenha sede.

- Tá bom.

Indo ao leito dois, encontrei seu *A.* deitado na cama, dormindo. Seu *A.* era um senhor negro de 99 anos, lúcido, que havia sido internado por causa de uma oclusão arterial em membros inferiores. Certifiquei-me que seus membros permaneciam elevados e cobertos e me dirigi ao leito 1.

Lá, estava *S.*, uma paciente portadora de Insuficiência Cardíaca Congestiva. Permanecia imóvel no leito. Seus olhos abertos e cheios de lágrimas quase não piscavam.

-Oi S.. Lembra de mim?

Não respondeu. Passei a mão em seu rosto, então ela disse:

- É meu filho, minhas pernas estão inchadas.

Constatei realmente e vi que o edema em seus membros inferiores eram bastantes significativos.

Voltei a observá-la silenciosamente e tentei relacionar o seu quadro de apatia e tristeza com o seu cotidiano de vida.

S., já era cliente conhecida dos funcionários do setor, por estar constantemente sendo internada. Sua história de vida é um pouco diferente da história de muitas mulheres de 58 anos. Trabalha, mesmo tendo o seu estado de saúde alterado por causa de seu coração, ela trabalha. Mas seu trabalho não está relacionado aos afazeres domésticos de uma dona de casa ou aos dilemas burocráticos que uma advogada encontra em seu dia a dia. *S.* trabalha

nas ruas, onde encontra o seu sustento na prostituição. Sem família, leva sua vida em meio aos mais diversos tipos de gente, arriscando-se e aventurando-se nas ruas da capital.

Tal história, obtive junto a um funcionário que ao saber que iria punccionar uma veia em *S.* informou-me para tomar cuidado com seu sangue por ser tratar de uma prostituta e que podia ser perigoso.

Voltei a olhá-la e saí do quarto.

Entrando no quarto 3 encontrei seu *J.*, um pouco apreensivo.

- O que aconteceu, seu J.?

- Ontem o cardiologista que fez o meu cateterismo esteve aqui e me disse que eu vou ter que fazer tudo de novo porque o filme queimou.

Esfregando suas mãos, narrava a situação me olhando nos olhos. Eu apenas concordava com suas afirmativas balançando com minha cabeça.

- Mas se Deus quiser, tudo vai dar certo.

- Tomara.

Os demais clientes deste quarto permaneciam dormindo.

Continuei minha visita, agora aos clientes do corredor.

Dona *L.* permanecia conosco e no momento estava tomando banho com o auxílio das alunas do técnico de enfermagem. Olhá-la naquelas condições, deitada sobre uma maca extremamente desconfortável era triste, mas infelizmente, determinadas atitudes a nós não dependem, pensei.

Com meus papéis, saí e fui tomar café. Ao retornar, entrei no quarto 1 e dona *E.* me disse:

- Vê só, meu filho! Ruim do jeito que eu estou vão me mandar embora! Exclamou com um certo ar de tristeza e aflição.

- A senhora vai de alta?

- Foi o que aquele médico me disse. E estendeu sua mão para dar-me um pedaço de papel com um número de telefone que ela disse ser de seu filho.

- Você liga prá eles?

- Pode deixar.

Fui então à sala da chefia de enfermagem da emergência, a fim de efetuar a ligação,

pois é o único telefone do setor que não necessita linha via telefonista. Ao pedir a chave do telefone à enfermeira *F.*, e esta me perguntou o motivo da ligação, então expliquei-lhe. Com uma certa má vontade, ela mesmo realizou a ligação.

Retornei ao quarto com a resposta à dona *E.*, e em seguida fui ao quarto 2, onde encontrei seu *A.*.. sentado em uma cadeira de rodas em companhia de sua filha que iria dar-lhe banho. Ajudei-a a levá-lo ao banheiro e retornei para falar com *S.* Esta por sua vez me recebeu com um largo sorriso e falou-me:

- *Oi querido, estava com saudades suas.* Abraçando-me, pegou em minha mão e continuou: *-Eu falei que eu ia voltar.*

- *É, e como a senhora está?*

- *Bem, por enquanto bem.*

Interrompendo nossa conversa, entrou no quarto uma aluna do técnico e sua respectiva professora a fim de administrarem uma medicação endovenosa em *S.*. Sem se apresentarem, a aluna e a professora seguraram o braço de *S.* e iniciaram o procedimento. Foram quatro tentativas em vão, todas em vão.

- *Deixa que ele faz, ele sabe mais que vocês.* Dizia *S.*, referindo-se à mim..

Com essa observação, senti que o clima ficou meio tenso, e sem nos olhar, a professora continuava a “sessão de espetadas”.

“*Uma atitude questionável*”, pensei. Por fim, ao longo de sete tentativas, o remédio teve sua via de administração. Sem se despedir, pegaram a bandeja de material e saíram do quarto. Impulsivamente falei:

Tchau!!!! O meu nome é Marcelo e o dela é S. Foi um prazer!!!!!!

Em seguida, sentei-me ao lado dela e com sua cabeça no meu ombro olhava a janela que permanecia meia aberta. Ficamos em silêncio um grande período, só escutando os ruídos da unidade e o chiar das caldeiras do hospital. Nisto, *S.* me disse:

- *Meu anjo, vê se consegue uma camisola limpa pra mim tomar banho?*

- *Claro.* Disse.

Ao voltar, já com sua roupa, levei-a até o banheiro e regulei a água. Deixei-a só e fui ver como estava dona *L.*. Notei que sua bandeja de comida estava intacta e perguntei a acompanhante de outro cliente se ela já havia comido. Esta, me informou que seu

TERCEIRA SEMANA DE ESTÁGIO

15 de Setembro de 1997

Cheguei à unidade quando o enfermeiro do noturno iniciou sua passagem de plantão.

No corredor estavam internados em maca 18 clientes, onze pela cardiologia, um cliente pela neurologia com Acidente Vascular Cerebral, dois pela ortopedia e quatro pela pneumologia.

Iniciando minha visita diária aos clientes do repouso constatei que *V.* estava internado no setor da cardiologia no segundo andar, pois seu cateterismo constatou uma séria oclusão da artéria coronária esquerda e que poderia submeter-se a uma cirurgia de revascularização do local. *E.* havia ganhado alta hospitalar. Mas tarde, descobri que a cirurgia tinha sido efetuada com sucesso.

No leito 1 estava *Á.*, sentado, meio sorridente.

- Bom dia, seu *Á.* Como está?

- Bem. Já consigo respirar melhor, não tenho mais falta de ar. O que mais me incomoda é esse catarro todo que sai do meu nariz.

- Bom, meu nome é Marcelo, sou estudante de enfermagem da universidade e vou ficar aqui até novembro. Se precisar de algo é só me chamar, tá o.k.?

- Obrigado.

Seu *Á.* era um senhor de 42 anos, que permanecia internado sob catéter de oxigênio a 2 litros por minuto, fluidoterapia para a administração de antibiótico e medicação sintomática. Realizava todas suas necessidades sozinho e recebia constantes visitas de sua esposa.

Após tirar seu catéter para que eu pudesse limpar seu nariz, dirigi-me ao seu *J.*, do

leito vizinho.

- *Bom dia seu J. Como está sua perna?*
- *Aos pedaços garoto*
- *Está doendo?*
- *Não.*
- *Quebrou como?*
- *Cai do andaime de uma construção. Três andares.*
- *Vai fazer cirurgia?*
- *Não sei, não me disseram nada, ainda.*

Como o cliente do leito 3 estava no banho, resolvi esperá-lo junto aos outros, conversando com ambos a respeito do noticiário da televisão. Nisto, A. entrou , com o cabelo molhado, dando bom dia a todos e vindo de encontro a sua cama.

- *Oi, seu A . Como está?*
- *Super bem, garoto. Morrendo de vontade de ir embora.*
- *Nenhuma queixa?*
- *Não, sem queixas.*
- *Então está bom.*

Saí e fui fazer minhas anotações.

Entrando no quarto 2, ouvi S. gritar:

- *Chegou o meu enfermeiro querido. Oi santinho! Como vai?*
- *Oi S. Vou muito bem e você?*
- *Muita dor no braço.*

Observei que seu braço esquerdo apresentava edema na altura do punho onde ela referiu ter quebrado a dois meses atrás. Relatou não ter dormido a noite por causa da dor. Fui olhar o seu prontuário e vi que a medicação das 10 h não havia sido administrada. Após o preparo, fiz sua aplicação por via venosa.

Ao término, sentei-me ao seu lado par conversarmos.

- *S., você é daqui?*
- *Não, sou de Lages, mas moro aqui a vinte anos.*
- *Onde?*

- Lá na Mauro Ramos.

- E o teu marido, vem te visitar?

- Sou separada.

- Ah! Você tem filhos? Continuei.

-Sim, uma. Mas mora longe, a gente quase não se vê.

-Então você mora sozinha?

-Moro, sozinha da silva.

-Você trabalha?

-De faxineira, ganho por dia.

Tentei abordá-la de todas as formas, a fim de obter a certeza de sua verdadeira identidade, mas minhas abordagens não foram suficientes ou talvez nossa relação ainda não era para ela, de extrema confiança, pensei. Seguindo minha visita, dirigi-me ao leito 2 e encontrei seu *F.*, um senhor de 70 anos, com oclusão arterial em membros inferiores, que após realizar sua higiene bucal, foi levado de ambulância ao Hospital de Caridade para realização de arteriografia. Permaneceu fora, durante toda a manhã, retornando no fim do plantão. No leito três estava seu *F.*, um senhor de 50 anos, lúcido, comunicativo, que permanecia com a cabeceira de sua cama levantada.

- Oi! Como passou a noite?

- Muita falta de ar né meu filho.

- Chamou alguém para vê-lo?

- Chamei e me deram cheirinho, melhorei um pouco.

- E a pressão! Senti alguma coisa como dor de cabeça ou vontade de vomitar?

- Não, não.

- Então tudo bem. O meu nome é Marcelo, sou estudante de enfermagem e se precisar de algo, estou no posto de enfermagem, tá o.k.?

- Obrigado, meu filho.

Saí do quarto e *S.*, que permanecia sentada na porta me agarrou nas pernas.

- Aonde você for eu vou. Disse-me rindo.

Brincamos um pouco e saí em seguida.

- Deixa eu ver os outros internados.

Entrando no quarto três, encontrei todos os clientes que estavam internados desde o dia 11 de setembro. Ao serem perguntado sobre o seu atual estado, todos responderam ter passado bem, apenas seu *J.* estava um pouco chateado por ter que repetir o cateterismo.

Em seguida fui passar a visita aos clientes do repouso, realizando as trocas de soro, retiradas de punções venosas e administração de medicamentos. Cheguei a dona *L.*, que permanecia internada no corredor em maca. Sua nora estava acompanhando e dei-lhe algumas orientações quanto a mudança de decúbito e a permanência de luvas d'água nas partes de proeminência óssea.

Entrando na sala de medicação, junto aos acadêmicos da sexta fase realizei alguns procedimentos como gasometria, coleta de sangue para exame, punções venosas, instalação de fluidoterapia e outros.

Às 12:30h, do posto de enfermagem observei os socorristas do corpo de bombeiros entrarem na sala cirúrgica e me dirigi até lá. Juntamente com o médico residente, recebo a passagem de plantão. Tratava-se de um homem branco, de 36 anos de idade que estava trabalhando na duplicação da BR 101, quando houve um deslizamento de terra ocasionando seu soterramento sem obstrução de vias aéreas superiores.

No momento de sua entrada no setor de emergência, apresentava-se lúcido, orientado, contactuante. Referia muita dor no braço esquerdo e dificuldades de respirar. Ao exame físico de tórax, foi encontrado importantes pontos de enfisema subcutâneo, levando o residente a concluir quadro de hemopneumotórax. Após punção de veia calibrosa com Abocath número 18, foi administrado ringer lactato 2000 em infusão rápida, pois sua pressão estava em torno de 100/ 40 mmHg.

Concomitante a isto, o residente iniciou o procedimento de drenagem torácica em hemitórax esquerdo, drenando grande quantidade de sangue. Enquanto isto, fui solicitado a passar uma sondagem vesical de demora, e com ajuda de minha supervisora, realizei a técnica.

Após colocação de colar cervical e tendo estabilização de sinais vitais, o cliente foi encaminhado ao serviço de radiologia do hospital, onde foi constatado diversas fraturas em costela e importante fratura em T¹² sem comprometimento medular.

Encaminhado a cirurgia de urgência, foi transferido ao quinto andar, ganhando alta.

17 de Setembro de 1997

Cheguei à unidade e arrumei meu material na sala de enfermagem, indo receber o plantão.

Além dos muitos clientes internados e em observação no corredor, conheci dona *M.*, uma senhora de 78 anos, internada com diagnóstico de miocardiopatia crônica dilatada, que não conseguia dormir desde a madrugada passada, data de sua internação. Descendente de alemães, conversava comigo com o seu sotaque arrastado.

- Como passou?

- Muito cansada. Não pelo coração, mas pela cadeira.

- Espera aí que eu dou um jeito.

Não pedindo permissão as enfermeiras, fui até o salão e peguei uma maca que lá estava. Cobrindo-lhe com um lençol, levei até dona *M.* e disse.

- Pode subir.

Esta me agradeceu, e em seguida dormiu quase toda a manhã, sendo acordada apenas na hora das medicações.

Indo passar a visita, entrei no quarto 1. Dei bom dia a todos e me apresentei.

Dona *M.*, permanecia sentada na cama. Acompanhada de sua filha, me olhou e sorriu. Tratava-se de uma senhora de 84 anos, lúcida, orientada, muito simpática e com uma certa dificuldade para ouvir. Aguardava vaga para realizar cirurgia de revascularização em membros inferiores. Em seu rosto, a presença de um tumor de pele do tamanho de uma ameixa me chamou atenção. Como possuía diminuição de sua capacidade auditiva, perguntei a sua filha como ela passou, e esta me respondeu que *“bem e sem problema”*.

Chegando ao leito 2, observei seu *J.M.*, um senhor de 79 anos, que sequelado de AVC, não se comunicava e não se movimentava. Possuía amputação de membro inferior esquerdo, na altura da coxa. Em seu tórax, a presença de uma pequena incisão da qual saía um tubo conectado a um galão, tratando-se de uma drenagem pleural.

Sua filha permanecia no quarto.

Ao me apresentar, pergunto como ele passou a noite.

- Muito agitado. Fiquei acordada a noite toda com medo que ele se jogasse da

cama. Ainda mais que não tem grade.

- É verdade. Ele já tomou banho?

- Ainda não.

Fui então pegar o material de higienização, começando seu banho em seguida. Terminada sua higiene, troquei os lençóis de sua cama e enchi um par de luvas com água para por em seus calcâneos e joelho. Indo a procura de grades para pôr na cama, não encontrei.

No leito três, encontrei dona *O* ., uma senhora também seqüelada de AVC, apenas respondendo a estímulos dolorosos, com presença de sondagem nasogástrica e catéter de oxigênio. Sua filha, também não referia qualquer intercorrência.

Entrando no quarto 2, encontrei *S* ., uma jovem de 30 anos, com um certo grau de dispnéia e tosse.

- Oi, como vai?

- Passei bem, obrigado.

- Alguma queixa?

- Não. Só queria saber quando eu vou fazer a Tomografia?

- Dia vinte, lá na Clínica Imagem do Hospital de Caridade

- Ah tá.

Durante a manhã, dormiu quase todo o período, levantando-se apenas para tomar café e ir a lanchonete.

Ao seu lado, no leito 2 estava dona *T* ., uma senhora de 67 anos, lúcida contactuante, que se mostrou muito receptiva a minha presença.

- Como vai?

- Bem, meu filho. Graças a Deus.

- Tem alguma coisa que gostaria de me falar?

- Não. Obrigado pela atenção.

No leito vizinho, estava seu *S* ., um senhor de 67 anos, que após apresentar sangue nas fezes, resolveu buscar o serviço de emergência. Aqui, após exames laboratoriais, diagnosticaram o caso como Hemorragia Digestiva Alta. Com o hematócrito em 18%, permaneceu com fluidoterapia, recebendo transfusão de sangue.

- Oi seu S. . Como passou?

- Agora bem. Escuta, esse soro e prá minha barriga?

- Não. Esse soro é pra que nós não precisemos furar o senhor toda vez que tiver remédio.

- Ah!

- Fez cocô hoje?

- Fiz.

- Qual era a cor?

- Um pouco preto .Era pouco cocô também.

- E como o senhor está se sentindo agora.

- Um pouco fraco

Correlacionando a cor de suas fezes com o quadro de HDA, escrevi em sua folha de observações como tivesse apresentado quadro de melena em pequena quantidade.

Ao retornar minha visita, fui ao quarto três. Lá encontrei dona **ML.**, sentada na cama, com a cabeça baixa e um pouco triste.

- Oi dona ML. Como vai?

- Essa noite eu fiquei tonta no banheiro e coloquei sangue pelo nariz.

- Muito?

- Não muito. Mas deixa a gente nervosa né.

- E os resultados de seus exames, já chegaram?

- Já, e o médico falou que eu vou ter que fazer angioplastia.

- Ah, e a senhora sabe como é feito?

- Não.

- O médico dá anestesia na senhora e a senhora não sente nada. Então, como se fosse um cateterismo, eles introduzem um catéter na sua veia que vai até o local que está entupido. Quando chegar lá, eles encham um balãozinho que tem na ponta do catéter e esmagam a gordura que impede que o sangue passe.

- É assim é. Pensei que tivesse que operar o coração.

- Não, não precisa operar, é por isso que eles fazem a angioplastia, para evitar a operação, entendeu.

- *Que bom, menos mal.*

Seu *D.*, do leito 3 também prestava atenção.

- *Então, é como se fosse um cateterismo?*

- *É sim.*

No leito 2, estava seu *J.*, que tinha se submetido um novo cateterismo. Dormia profundamente.

Saindo do quarto, fui junto aos clientes do corredor. Em seguida, auxiliei os acadêmicos de enfermagem na instalação de uma sonda vesical de alívio em dona *O.* para coleta de parcial de urina, que se mostrou extremamente purulenta. Em seguida o técnico do laboratório veio levar o material coletado, dando-nos o resultado mais tarde.

Às 11:50h, o corpo de bombeiros entrou na unidade, trazendo uma vítima de acidente de moto. Tratava-se de um rapaz de 18 anos, que ao ultrapassar um carro na avenida principal da Palhoça, esbarrou de frente com uma caminhonete.

Na sala, o residente *G.* iniciou um exame físico sucinto e minucioso, averiguando integridade neurológica, motora e circulatória. Eu, com um Abocath número 18, puncionei sua veia para instalação de fluidoterapia. O cliente apresentava-se lúcido, orientado e referia muita dor em perna esquerda.

Após RX de tórax, abdome e pelve, foi diagnosticado fratura cominutiva em fêmur esquerdo e rachadura de osso pélvico na região da sínfise púbica. Realizado tração cutânea em membro inferior esquerdo, o cliente foi logo transferido aos cuidados da unidade de ortopedia do quinto andar.

18 de Setembro de 1997

Cheguei a unidade as 6:50 h. No repouso permaneciam alguns dos clientes internados do dia anterior. No quarto 2, seu *L.* ocupava o lugar de seu *S.* que havia ido de alta.

Entro no quarto um e sou logo abordado pela filha de seu *JM*, que pediu que realizasse o curativo do dreno de tórax de seu pai. Fiz uma breve avaliação da incisão, após retirar as gases e notei a presença de sinais de hiperemia com secreção purulenta circundando a ferida cirúrgica.

Com o pacote de curativo, realizei o procedimento como auxílio de minha supervisora, e em seguida dei um banho nele, preparando-o para a realização de uma Tomografia Computadorizada de tórax no Hospital de Caridade. Durante o banho, tive a oportunidade de verificar uma extensa área corporal (membros superiores, tórax e abdome) apresentando enfisema subcutâneo. A sensação ao toque é semelhante a sensação de apertar um grande pedaço de esponja, e conforme vai comprimindo a área, o ar percorre o tecido subcutâneo.

Quando me dirigi ao banheiro para desprezar o material do banho, notei que dona *M.* estava chorando. Como era uma senhora surda, perguntei à sua filha o que aconteceu, e ela me respondeu que sua mãe estava com medo que os médicos fossem amputar o seu pé.

- Desde ontem, que vocês fizeram o curativo do pé dela e que o médico desarrumou prá ver como estava o seu dedo, ela ficou sem o curativo. Pedi, implorei ao rapaz e nada..
Continuou a conversa.

Dei uma olhada na sua ferida de amputação do segundo pododáctilo direito e percebi a presença de intensa quantidade de secreção purulenta ao redor. Saí para pegar o material de curativo e retornei ao quarto acompanhado da enfermeira *F.* , a qual relatei o fato.

Continuando minha visita, entrei no quarto 2 e *S.* dormia profundamente.

Dona *L.*, uma senhora de 84 anos internada com fratura de fêmur, permanecia no leito 3.

- Bom dia, dona L.?

- Bom dia meu filho.

- Como a senhora passou?

- Minha perna doeu um pouco, ganhei remédio e passou.

- Como a senhora quebrou a perna?

- Eu estava na varanda, fui lá colocar um quadro na parede quando tudo “tonteou” e eu caí.

- É a primeira vez que quebrou a perna?

- Sim.

- E os médicos, o que falaram?

- Nada, eles não dizem nada prá mim, só pra minha filha. Ela sabe tudo, eu não.

Dona L. , era uma senhora de 84 anos, viúva, que morava com sua filha. Ao cair teve fratura de cabeça de colo de fêmur. Permanecia lúcida, contactuante e aguardava cirurgia ortopédica para o dia 19 de setembro.

Entrando no quarto três, encontrei dona **ML** sentada na cama ao lado de seu filho.

- Oi, como vai?

- Eu tô mais animada. Só esperando me transferirem lá pra cima hoje.

- Vai deixar a gente é? Continuei.

- Você pode ir me ver lá na coronária.

*- Com certeza, dona **ML**.*

Conversamos mais um pouco, agora a respeito de sua casa, lá na praia da Pinheira. Convidou-me para passar o verão lá com ela e sua família.

Como foi uma manhã calma, permaneci o resto do período com o s clientes do corredor. Às 13h fui embora.

19 de Setembro de 1997

Ao receber o plantão, certifiquei-me que todos os clientes do repouso permaneciam internados. Durante a passagem, nos foi dito que na madrugada, seu *JM*. e dona *O* a apresentaram diversos quadros de apnéia e que necessitavam de intensa observação.

Conhecendo a dinâmica da unidade, ofereci-me à assumir todos os cuidados do quarto até a minha saída. Comuniquei a funcionária a minha decisão e ela concordou.

Entrando no quarto, com a bandeja de medicações, fui imediatamente abordado pela filha de seu *JM*.

- Que bom que você veio. Sabia que ele quase se passou esta noite?

- É, o enfermeiro nos disse. E o que fizeram?

- Colocaram um catéter para oxigênio e deixaram este aspirador de secreção aí no quarto.

Apontando para dona *O* , continuou:

- Ela também quase se foi.

Olhei para sua acompanhante e fiz uma expressão com a testa. Ela sorriu e fui medicar dona *M.* , do leito 1.

- Bom dia, como está?

- Bem, um pouco cansada devido ao tumulto da madrugada. Respondeu sua filha. Em seguida, mediquei-a e fui buscar água destilada para desobstruir o seu soro que não pingava. No leito 2, seu *JM* apresentava respiração agônica. Com presença de intensa secreção purulenta em sua orofaringe, administrei o seu antibiótico endovenoso e disse-lhe um bom dia. Sem resposta, fiz sua aspiração traqueal, não manifestando nenhum tipo de desconforto ao procedimento. Sua filha ansiosa me olhava.

Demos então, um banho em seu *JM*, seguida da troca de seu curativo em dreno torácico. Após diminuída sua agitação, dormiu.

Dirigindo-me ao leito 3, percebi dona *O* . completamente molhada pela intensa sudorese. Sua respiração era estertorosa e com roncos. Pus minha mão em sua testa, percebi que estava quente e em seguida verifiquei sua temperatura com um termômetro. A coluna de mercúrio indicava 39° C. Não respondia a nenhum estímulo. Permanecia imóvel,

com sondagem nasogástrica em sifonagem e fluidoterapia. Sua filha, dizia estar a par da situação e que não adiantava esconder o quadro grave e sem reversão. Eu permaneci junto à ela em silêncio, dei minha mão para que segurasse e ela o fez também. Pude então sentir que a minha atenção foi importante, pois num momento de desabafo, ela expôs todos os sentimentos de amor, arrependimento e angústia em relação a sua mãe. Eu apenas ouvia.

A filha de seu **JM.**, permanecia com ele desde a sua internação, pois segundo ela, eram muito apegados. Durante o período em que ele estava no hospital, ela foi para casa apenas uma única vez.

Pegando uma cadeira, sentei-me no quarto e permaneci junto a eles. Em seguida, percebi a entrada do residente **G.**, que dando bom dia a todos, solicitou que os acompanhantes de seu **JM.** se apresentassem:

- *A senhora o que é dele?*

- *Sou filha.*

- *E o senhor?*

- *Também sou filho.*

- *Vocês sabem que o caso dele é bem grave, e que infelizmente não podemos fazer nada por ele. Podemos tentar apenas uma cirurgia no pulmão, mas sua vida está confinada a ficar neste jeito prá sempre, até ele morrer. Está em coma profundo e não responde a nenhum estímulo. É só esperar (...).*

Sem ao menos realizar um exame físico em seu **JM.**, o residente saiu do quarto em seguida. Eu, em atitude contrária à sua, destapei o pé dele e passei a tampa de minha caneta em sua planta. Imediatamente houve contração do hálux e pude obter Babinski positivo.

OBS: Corrigido no momento da banca que obter Babinski positivo como fato isolado não serve como meio diagnóstico para avaliação neurológica.

Seus filhos me olharam atentamente.

Como estava com muita fome, saí e fui até a copa tomar um café. Em seguida, fui ao posto de enfermagem preparar as medicações das dez horas. Ao entrar no quarto para administrá-las, encontrei a filha de seu **JM.** com a bolsa arrumada. Disse-me que iria em casa, pois tinha que retirar dinheiro no banco, mas seu irmão ficaria em seu lugar. Foi junto ao ouvido de seu pai e ao despedir-se, este derramou uma lágrima dos olhos.

- Viu Marcelo. Ele está escutando tudo. Falou emocionada.

Foi um momento de emoção e alegria para seus filhos e confesso que me envolvi com a situação. Foi super gratificante.

Com um certo pesar, sua filha foi embora.

Pude então avaliar o quanto é importante para o cliente a permanência de um familiar consigo durante o seu período de internação. E com certeza, se houvesse algo que poderíamos fazer por seu *JM.*, era a estimulação da permanência de sua filha junto à ele.

No final do plantão, notando a presença de secreção em sua orofaringe, peguei a sonda de aspiração e introduzi em sua boca. Naquele exato momento, seu *JM.* levou a mão até a sonda e disse:

- Me deixa em paz!!

Seu filho, não sabia se chorava ou se ria da súbita melhora de seu pai.

Foi um dia muito gratificante, onde pude realmente avaliar a minha capacidade profissional, junto àquelas duas famílias, que através de minha presença, expuseram os mais diversos sentimentos em relação aos seus ente queridos, que permaneciam internados.

QUARTA SEMANA DE ESTÁGIO

22 de Setembro de 1997

Cheguei a unidade às 7:05 h e a passagem de plantão já havia iniciado. No corredor, estavam 14 clientes internados em maca, onde prevaleciam os problemas cardíacos.

Seu *JM* e dona *O*, haviam sido transferidos para os cuidados da clínica médica, no terceiro andar. “*Tenho que visitá-los*”, pensei.

Iniciei minha visita pelo quarto 3.

Encontrei dona *ML*, sentada na cama, risonha e fazendo tricô.

- *Bom dia, dona ML, como a senhora passou?*

- *Bem, passei bem.*

- *Alguma queixa?*

- *Não, só essa coisa amurrinhada de ficar no hospital. Quinze dias hoje. É chato (...).*

- *Imagina. Saudades de casa?*

- *Vai fazer cirurgia?*

- *Acho que sim.*

- *O que os médicos falaram?*

- *Que tudo vai depender da angioplastia.*

- *Então tá bom.*

Aproximei-me de dona *L*, que estava deitada. Esta prontamente sentou-se na cama, peguei sua mão e disse:

- *Tudo bem, dona L?*

- *Tudo, graças a Deus.*

- *Alguma queixa?*

- *Não! Agora está tudo bem. Tô tomando os remédios, os médicos e vocês são muito*

bons. Nada a reclamar.

- Então tá o.k. Se precisar de alguma coisa, pode me chamar. Vou ficar aqui na emergência até as 13 horas.

- Tudo bem, obrigada.

Dona C , do leito 3, dormia. Na noite anterior, tinha passado todo o plantão acordada, referindo intensa cefaléia. Referiu também, que ao chamar o funcionário para medicá-la, este a tratou com rispidez, desestimulando-a a pedir a medicação desejada para sua dor. Conversamos a respeito do fato, esta porém mostrava-se chateada com seu tratamento e descrente na maioria dos profissionais ali atuantes. Escutei-a silenciosamente e segui minha visita.

Durante a minha visita pelos quartos do repouso, era constantemente abordado pelos clientes que permaneciam internados ou em título de observação pelos corredores da unidade, onde interagia com eles através de minha visita diária, da qual colocava em prática, a relação pessoa/pessoa.

Finalmente, no quarto 1, cheguei ao leito de dona M, e pude notar tratar-se de uma senhora de 60 anos, comatosa, respondendo apenas aos estímulos dolorosos, seqüelada previamente por um AVC, que foi trazida à unidade por apresentar queda do estado geral. Sua sobrinha a acompanhava.

- Bom dia, como estão?

- Eu estou bem e ela permanece neste estado.

- O que aconteceu com ela?

- Sábado, estávamos jantando, ela já teve um derrame sabe, aí ela começou a passar mal, mal, dizia estar com dor de cabeça, pediu pra deitar e ficou assim.

- O que você é dela?

- Sou sobrinha.

- Em casa, antes de acontecer isso, como era o comportamento dela?

- Sabe, a dois meses ela teve um derrame. Ficou internada no Hospital celso Ramos e veio pra casa. Em casa, ela já pedia prá sentar, rezava o seu rosário todo fim de tarde, chamava a gente, já estava conhecendo as pessoas. e na noite de sábado deu isso.

- Vocês moram aonde?

- *Em Santo Amaro.*

- *Ela tem filhos?*

- *Tem. Cinco. Só que dois morreram. O primeiro morreu a um ano, de acidente de carro. Tinha 30 anos e o segundo morreu a três meses, de acidente de moto. Era o caçula, muito apegado à ela. Ela mesmo dizia que sua vida não tinha mais sentido que preferia morrer para ir junto aos seus dois filhos. Não deu uma semana para dar o primeiro derrame nela. Ela sempre foi muito judiada pela vida, sabe. Tinha boca e não falava um ai pra ninguém. Em primeiro lugar os outros, depois ela pensava nela. Sempre assim, e agora ela está aí, precisando dos outros pra tudo, até pra comer. É triste, muito triste.*

- *Imagino que sim. Você passou a noite toda com ela?*

- *Sim.*

- *E como ela passou?*

- *Não teve nenhuma alteração não. Permaneceu aí, neste estado.*

- *Então, tá bom. Precisando de alguma coisa, é só me chamar. Meu nome é Marcelo, sou estudante de enfermagem e vou ficar aqui até a uma hora da tarde.*

- *Tudo bem, obrigada.*

Já sentado no postinho de enfermagem para escrever minhas anotações diárias, percebo a presença de um palhaço na unidade, que apresentando-se como D^r. Sara Cura, ia de cliente à cliente, fazendo-os rirem. Perguntei então, o que fazia, ele me respondeu tratar-se de um voluntário que realizava tal trabalho em mais dois hospitais. ***“Chega de tristeza, a alegria é o remédio do espírito”***, continuou.

23 de Setembro de 1997

Cheguei a unidade e acompanhei a passagem de plantão.

No repouso, permaneciam todos os clientes do dia anterior. Nos corredores permaneciam sete clientes, apenas.

Às 7:40h, iniciei minha visita, entrando no quarto 1. Lá, seu *P*, dormia.

A sobrinha de dona *M* deu-me um bom dia. Vi que ao lado de sua cama, em cima do criado mudo, estava sua nutrição enteral. Então administrei-a conforme o recomendado.

- *Marcelo, ontem os médicos tiraram líquido da espinha dela, pra que é isso?*
Perguntou.

- *O que passaram na passagem do plantão, foi que tem-se a suspeita de que o derrame que deu nela, foi o que chamamos de derrame hemorrágico, ou seja, provavelmente uma veia do cérebro dela vazou sangue, e isso sai no exame do líquido.*

- *E você não sabe até quando ela vai ficar internada aqui?*

- *Não sei. O tempo aqui, depende das vagas lá de cima. Infelizmente, é só esperar.*

Saindo do quarto, encontrei a filha de seu *JM*, que abordando-me com um largo sorriso, falou.

- *Oi Marcelo, como vai?*

- *Vou bem e a senhora.*

- *Indo. O meu pai está lá no terceiro andar. eu vim aqui pra te levar lá. Quero que tu vejas como ele está reagindo.*

- *A sim. Obrigado por se lembrar de mim. Pode deixar que eu subo logo em seguida. É só terminar minha visita aos pacientes que eu vou lá sim. Em que quarto ele está?*

- *No 2, não tem como errar.*

- *Tá bom. Depois eu vou lá.*

A visita se estendeu a todos os clientes que estavam na unidade. Durante aquela manhã, entrei diversas vezes nos quartos e passei pelos clientes dos corredores.

Às 10:20h, fui ao terceiro andar. Entrando no quarto, a filha de seu *JM*, veio logo me recepcionar.

- *Pai, olha só quem veio ver o senhor.*

- *Bom dia. Bom dia seu JM como está?*

- *Bem, agora bem.* Respondeu-me com uma certa dificuldade

Olhei para sua filha e sorri. esta, emocionada, segurou a mão de seu pai e deu um beijo.

- *Se Deus quiser, logo, logo o senhor vai prá casa.* Disse a seu pai no ouvido. Ele sorriu.

Permaneci com eles um pouco mais, conversando a respeito da melhora de seu pai, de como era o seu tratamento, etc. Em seguida retornei a unidade de emergência, refletindo sobre a assistência prestada.

Infelizmente, três dias após, fiquei sabendo por um funcionário do terceiro andar, quando retornei a visita, que seu *JM* havia falecido e que sua filha havia ido me procurar na emergência, porém não me encontrou, pois havia sido liberado do estágio devido a campanha de vacinação contra o sarampo.

É um fato que fiquei devendo à eles e espero poder encontrá-la novamente.

Retornei a unidade, e esta encontrava-se calma. A manhã foi sem maiores intercorrências, com a passagem de plantão às 13:20h.

24 de Setembro de 1997

Entrando no quarto 1, percebi que o estado de dona *M.* havia se agravado. Durante a passagem de plantão, foi nos passado que ela apresentou um quadro de apnéia respiratória, e que foram efetuadas medidas para o restabelecimento de suas funções.

Sem respostas a estímulos dolorosos, encontrava-se em oxigenoterapia sob catéter. Sua respiração era ofegante. A sonda nasogástrica permanecia em sinfonagem.

Indo em direção a sua sobrinha, perguntei.

- O que aconteceu com ela?

- Essa noite ela quase se foi, Marcelo. Ela parou de respirar, aí eu chamei as enfermeiras, que trouxeram uma máscara e colocaram nela. Foi um sufoco.

Em seguida, dei uma passada aos outros clientes. como o estado de dona *M* necessitava de maior atenção, detive minhas prioridades à ela.

Eram 9:05 h quando o residente *G.* entrou no quarto, a fim de realizar uma punção de subclávia em dona *M.* Durante o procedimento, percebemos que sua respiração começou a se espaçar, de modo que a apnéia se instalou. Levamos dona *M* à sala de reanimação.

Sua sobrinha não estava presente durante o ocorrido.

Na sala, o cardiologista, o clínico geral e o neurologista, discutiam de “*quem era a paciente*”. Sua respiração começava a diminuir.

Como sua sobrinha não estava no momento, saí da sala a fim de encontrá-la e dizer o que havia ocorrido.

Encontrei-a meia hora depois e dei as devidas informações. Esta, chorando, abraçou-me e pediu para não esconder nada dela.

Entrei então na sala de reanimação. Dona *M* estava rodeada pelos médicos. Sua respiração oscilava em 8-9 movimentos por minuto. Os médicos não lhe deram 2 horas de vida.

No corredor, seus familiares se aglomeravam.

Enquanto as condutas eram discutidas, saía constantemente no corredor a fim de informá-los a respeito do estado de dona *M.*

O quadro dela permaneceu naquele estado, até trocarmos plantão. Naquela mesma

tarde, foi transferida para o terceiro andar, quando apresentou estabilidade clínica. Permaneceu internada no terceiro andar até o dia 04 de novembro, data de seu falecimento. Durante este período, ia constantemente visitá-la.

25 de Setembro de 1997

Ao término de minha visita, dirigi-me ao posto de enfermagem a fim de realizar minhas anotações diárias. Lá, estavam alguns funcionários e a enfermeira *F*.

Nisto, uma mulher aparentando ter uns 30 anos, grávida, debruçou-se no balcão e perguntou pela enfermeira. Esta se apresentou e perguntou de que se tratava.

- É que eu sou esposa do P. e vim ver como ele está. Não encontrei ele e queria saber aonde ele foi.

P. , era um cliente que havia sido internado na noite anterior, com queda do estado geral, decorrente da AIDS, em fase terminal, que havia ido á óbito durante a madrugada.

Nos entreolhamos, e percebendo a situação, abaixei minha cabeça. A enfermeira, então, disse.

- O seu marido foi à óbito esta madrugada e está no Serviço de Verificação de óbito, lá na Agrônômica.

- Foi a que?

- Morreu minha senhora, morreu. Durante a madrugada. Seu estado era irreversível, e ele não resistiu.

Segurando-se no balcão, não acreditando na situação, ela disse.

- Não pode ser!! O que vocês fizeram com ele? O que eu vou disser a mãe dele? O que vai ser do meu filho???? Eu quero ver ele(...).

- Ele não está mais aqui. Seu corpo foi encaminhado para o SVO. Disse a enfermeira.

- O que é isso?

- É onde se faz autópsia. Fica ao lado do Hospital Infantil. Sabe onde é o Hospital Infantil? Perguntei à ela.

- Sei sim.

Pedi que se sentasse, dei-lhe um copo de água e em seguida, começou a chorar. Ficamos juntos, eu em silêncio e ela Em seguida, levantou-se e disse que tinha que ir até lá, que tinha que avisar sua família e que não queria mais ficar ali. Correndo em direção a

saída, foi chorando.

Indo atrás, abordei-a já no estacionamento da emergência, onde pudemos conversar mais um pouco.

Aparentemente mais calma, entreguei-lhe um papel no qual anotei o endereço do SVO. Após, agradeceu-me e fiquei observando-a até desaparecer na curva do estacionamento.

Retornando à unidade, permaneci com os meus clientes.

No fim do plantão, exatamente às 13: 10h, uma senhora, deu entrada na unidade, trazida de cadeira de rodas em parada cardio-respiratória. Colocada na sala de reanimação, apresentava-se extremamente cianótica, pupilas midriáticas, ausência de movimentos respiratórios, pulso e pressão arterial 0/0 mmHg.

Deitada na maca, iniciamos as medidas de reanimação. Enquanto eu realizava a massagem cardíaca, o médico plantonista a entubava e minha supervisora punccionava sua veia, para a administração de soro fisiológico e ringer lactato em infusão rápida.

Com o serviço de eletrocardiograma na sala, as pás de eletrocardioversão, previamente preparadas, foram descartadas, pois o monitor indicava assistolia cardíaca.

No corredor, estava sua nora.

Entre a administração de adrenalina, atropina e xylocaína, ia massageando o seu coração.

Dez minutos depois, pedi a um funcionário que assumisse tal atividade e fui ao corredor falar com sua nora.

No corredor, perguntei quem a acompanhava, apresentando-se um moça extremamente nervosa e chorosa. A história obtida foi a seguinte:

Dona V, uma senhora de 82 anos, estava em casa pela manhã, quando recebeu a notícia que seu filho mais velho havia falecido. Sentindo-se mal, pediu a sua nora que a levasse a casa de seu filho falecido, para ver suas coisas pessoais. Mais ou menos ao meio dia e meia, referiu forte dor no peito. Colocada no carro e ainda consciente, seguiram em direção ao hospital. onde no caminho, *“parou de respirar e de bater o coração”*, disse. Não realizara qualquer manobra de reanimação.

Trazida do município de Governador Celso Ramos, demorou aproximadamente vinte

minutos para os primeiros cuidados neste hospital.

Retornando à sala, passei tal história a equipe.

Assumindo novamente a massagem cardíaca, observava sua face, agora mais corada, porém a assistolia permanecia. Mais seis ampolas de adrenalina foram administradas e... nada.

Revezando a massagem, fui novamente ao corredor, onde sua nora me perguntou/

- Ela morreu?

- Não. Seu estado é extremamente grave, seu coração não está batendo e nós estamos fazendo todo o possível. Continuei.

Retornando a sala, encontrei a médica sorrindo. Olhei-a e ela me disse:

- Assistolia revertida.

Olhando os traçados elétricos no monitor, pude ver seu coração bater.

Voltei ao corredor, chamei sua nora e disse:

- O coração dela voltou a Com a mão no peito, simulei as batidas do coração.

Seus olhos encheram-se de lágrimas. Esta segurou em minha mão.

Levamos então a cliente ao segundo andar para a unidade de coronária e passamos o plantão aos funcionários do setor.

Sua nora nos acompanhou.

Na segunda feira, fui até a coronária me informar acerca de seu estado e uma funcionária disse-me que a cliente havia falecido naquela mesma madrugada da internação.

QUINTA SEMANA DE ESTÁGIO

29 de Setembro de 1997

Cheguei à unidade e fui informado pela enfermeira *F* que aquela manhã seria folga de minha supervisora de estágio. Como não nos é recomendado ficar em campo sem a supervisão direta de seu responsável, colhi o histórico de dois clientes, para realizar o Processo de Enfermagem, saindo em seguida.

01 de Outubro de 1997

Iniciando minha visita diária pelo quarto 3, encontrei seu *J.*, um senhor muito simpático, com uma voz marcante e forte, que sentado em sua cama assistia a televisão.

- *Bom dia, seu J. Como passou? Perguntei.*

- *Bem, obrigado. Ontem eu fiz cateterismo, e conforme o resultado, que pro médico pareceu ruim, eu acho que eles vão ter que me fazer uma ponte de safena. Tenho três artérias entupidas.* Falou-me, sem demonstrar qualquer tipo de sentimento em relação ao fato.

- *Seu J. quantos anos o senhor tem?*

- *53.*

- *Deixa eu ver o seu braço. Como está este curativo, já fizeram?*

- *Ainda não.*

Saí do quarto e fui buscar o material para fazer tal procedimento. A ferida cirúrgica apresentava-se com dois pontos de sutura, localizada em fossa cubital anterior esquerda, sem secreção purulenta e sinais de infecção. Realizei o curativo e continuei minha visita.

No leito 2, estava dona *J.*, uma senhora de 70 anos, muito brincalhona, que se divertia a todo momento com sua nora, que a acompanhava. Permanecia internada conosco, por apresentar forte dor no peito, quando em casa se levantou na madrugada para ir ao banheiro. É tabagista pesada, fuma dois maços de cigarro por dia e não sabe como deixar. Colhi sua história para realizar o Processo de Enfermagem.

A visita ocorreu a todos os clientes internados e em observação, como de rotina. Terminado, saí da unidade e fui tomar um cafezinho.

Ao retornar, quinze minutos depois, fui solicitado a passar uma sondagem vesical de demora em um cliente que tinha sido atendido recentemente. Levei-o até a sala de procedimentos assépticos e iniciei a sondagem.

Tratava-se de um senhor de 70 anos que ao apresentar dificuldades para urinar, procurou o serviço de emergência deste hospital.

Ao introduzir a sonda, senti uma certa dificuldade, parecendo a uretra estar obstruída. Com muita calma, consegui realizar o procedimento, e orientei o cliente e sua

esposa, que permanecia comigo na sala, e que me auxiliou no procedimento, como deveria ser feito para que eles pudessem esvaziar a bolsa coletora, quando esta, estivesse cheia.

No último dia de estágio, encontrei este mesmo casal, sentados em frente ao consultório da cirúrgica, esperando serem atendidos.

- *Oi como vão?*

- *Bem, e você.*

- *Hoje é meu último dia de estágio, aqui. Vieram consultar?*

- *Sim. Ele vai ter que fazer cirurgia e eu vim trazer o resultado da ultra-sonografia pro cirurgião avaliar.*

Pedi que ela me deixasse ver o laudo ultra-sonográfico, e na conclusão final constava que o cliente era portador de hipertrofia prostática, sem características de malignidade celular.

- *A sonda, ainda é aquela que eu passei?* Perguntei.

Não, aquela obstruiu semana passada. Ele estava urinando muito sangue. E vamos ver se ele vai ter que passar outra, e você é que vai passar. Ele não gostou muito do outro rapaz que colocou a sonda nele. Disse que você foi mais atencioso.

- *Ah, é mesmo? Sorri. Pode deixar, se precisar, eu estarei aqui até a uma hora da tarde. É só me procurar no posto de enfermagem, tá bom?*

- *Eu vou te procurar mesmo.* Continuou.

Felizmente, o médico cirurgião suspendeu a sondagem vesical de demora, e o cliente antes de ir embora foi despedir-se de mim.

Retornando ao dia 01 de setembro, um caso muito peculiar ocorreu na unidade de emergência.

Estávamos na sala de reanimação, quando duas mulheres entraram, trazendo outra pelos braços. Colocamos ela na maca, e com os olhos abertos, permanecia imóvel, não respondendo a estímulos verbais da equipe. Sua pulsação era estável, respiração presente, pressão arterial em 130/80 mmHg, pupilas reagentes. Aparentemente sem alterações fisiológicas. Perguntamos as suas acompanhantes o que havia ocorrido, e elas referiram tê-la encontrado assim pela manhã. Descartado a hipótese de suicídio, a médica de plantão deduziu tratar-se de um caso de crise de ausência. Suas acompanhantes, permaneciam na

sala.

Em seguida, foram retiradas da sala, e os procedimentos de punção venosa, coleta de sangue para exames e gasometria foram iniciados. A cada picada de agulha, a cliente não demonstrava qualquer sinal de dor ou desconforto, permanecia completamente apática a situação. A médica tentava conversar com ela, e nada.

Saí da sala e fui ao estacionamento da unidade, a fim de encontrar suas amigas. Lá, sentadas no calçamento, permaneciam conversando. Sentei-me e abordei junto à elas, assuntos referentes a tentativa de suicídio, se tinha alguma cartela de medicamento ou substâncias tóxicas perto da cliente quando à encontraram e nada. Estresse emocional, brigas com a família, problemas financeiros, foram descartados.

Dirigi o assunto então, para o lado afetivo dela, suas relações amorosas, possíveis “namorados”, e depois de muita conversa e certa tática, consegui realmente que elas falassem o que ocorreu.

E, uma das acompanhantes, disse-me ser namorada de *F.*, a moça que permanecia em observação conosco. Esta por sua vez, descobriu que *F.* a traía com outra e ao descobrir, terminou o relacionamento. Desiludida, foi junto à sua mãe *F.*, buscar consolo e ao relatar o ocorrido, expondo sua homossexualidade, fez com que sua mãe a colocasse fora de casa, onde seus pais cortaram qualquer tipo de relação com ela.

Retornei então à unidade, e encontrei *F.* já colocada na sala oito, conversando com a médica. Lá, permaneci junto com ela até a hora da passagem de plantão. Em silêncio, conversamos muito.

02 de Outubro de 1997

No repouso, permaneciam os clientes do dia anterior.

Escolhi então, dois cliente que estavam no corredor para fazer o Processo de Enfermagem, e em seguida, fui ao quinto andar, visitar uma cliente que havia passado pela emergência e que eu havia atendido. Tratava-se de *N.*, uma moça de 22 anos, que ao acender o fogo no forno do quintal para assar pão, teve seu rosto queimado pelo álcool que explodiu da garrafa. Seu rosto apresentava queimaduras de segundo e terceiro graus, e durante a visita, acompanhei a passagem do cirurgião plástico, que orientando-a quanto aos cuidados com as lesões, disse-lhe que não se preocupasse que sua queimadura não tinha sinais sugestivos de deixarem marcas ou cicatrizes.

Em seguida, saí com o cirurgião plástico, e este me explicou algumas técnicas cirúrgicas no reparo estético facial. Disse-me também, ser importante que acompanhasse a evolução de *N.*, a fim de verificar o processo de cicatrização. E o fiz. *N.* ganhou alta duas semanas depois, indo para casa apenas com algumas manchas em sua região molar.

Retornado à unidade de emergência, conheci *L.*, uma cliente portadora de Síndrome de Down, de 25 anos, que em cadeira de rodas, permanecia em observação pela clínica médica. Aproximei-me de sua acompanhante e disse:

- *Bom dia. Como vai?*

- *Bem, obrigada.*

- *O que aconteceu com ela?*

- *Ela ontem de noite se trancou no quarto e tomou 32 comprimidos de Gardenal.*

- *O que a senhora é dela?*

- *Sou mãe.*

- *Ela mora com a senhora?*

- *Não, ela é casada e mora com o marido.*

- *E o marido dela, como é para ela?*

- *É um senhor muito bom, sabe. Casou-se com ela, mesmo ela tendo este problema, porque ela era uma menina direita e de família.*

- *A senhora disse “senhor”, quantos anos ele tem?*

- Tem 68 anos.

Nisto, *L.* gemente nos olhou e disse:

- Ele quer me matar. Ele não me quer mais. Disse que sou feia e retardada.

Sua mãe tentando desviar a conversa, disse que era mentira dela e que seu marido era uma pessoa muito boa pra ela.

Com uma certa desconfiança, pedi a sua mãe que me acompanhasse e levei-a a sala asséptica, a fim de conversarmos mais tranquilamente e em particular. Tentei abordar o assunto de tentativa de assassinato e não obtive sucesso. Confesso que fui muito sutil na conversa, não acusando ninguém, porém levando em consideração o que *L.* havia nos dito. Sua mãe negou tudo, dizendo-me que o marido de *L.* era um homem bom, dono de muitas terras e sítios, e que ajudava muito a família dela.

Terminada a conversa, fui então entrar em contato com a assistente social, porém no momento ela havia saído.

Entregamos o plantão sem maiores intercorrências.

L. permanecia no corredor.

03 de Outubro de 1997

Após meus afazeres acadêmicos, relativo as entrevistas dos Processos de enfermagem, dirigi-me à sala de higienização onde encontrei *L.*, deitada em uma maca, com os braços amarrados e com o lado esquerdo do rosto extremamente edemaciado.

- *“Ai que dor na boca”*, dizia repetidamente.

Fui então a procura de seu prontuário para verificar se havia alguma medicação analgésica prescrita e retornei à sala com Buscopan endovenoso. Enquanto administrava tal medicação, um homem entrou na sala e ficou me observando. Perguntei se desejava algo e ele se apresentou como sendo o esposo de *L.* Indaguei se ele havia permanecido com ela durante a noite e como ela havia passado e para minha surpresa ele me respondeu:

- *Não, ela não ficou aqui. Ontem a tarde ela ganhou alta às 6 horas. Em casa, quando eram mais ou menos 9 horas da noite, ela se trancou de novo no quarto e tomou mais 25 bagas do remédio.*

- *Mas quem que guarda a caixa de Gardenal?*

- *Sou eu.* Respondeu.

Deduzi então, que o fato que *L.* havia nos contado no dia anterior, poderia ser verdade.

Levando em consideração, a gravidade do caso, a médica plantonista da emergência consegui uma vaga na UTI do hospital, sendo a cliente transferida em seguida.

Ficamos sabendo, que a médica intensivista, tomou todas as atitudes legais para a averiguação jurídica do fato.

L. permaneceu internada na UTI até a segunda feira (06/10), ganhando alta hospitalar.

Em seguida, dirigi-me as salas cirúrgicas, onde em conjunto com um acadêmico de medicina, auxiliei em uma sutura de ombro, ocasionado por um ferimento de arma de fogo, quando este foi assaltado pela manhã ao ir para o serviço.

Às 13h, fui embora.

SEXTA SEMANA DE ESTÁGIO

06 de Outubro de 1997

Na passagem do plantão, fiquemos sabendo que *A .*, portador de AIDS internado no repouso, encontrava-se extremamente grave, com hemorragias constantes e hematócrito em 16%. Estava recebendo bolsa de sangue.

Seu estado era crítico, quase não se movimentava no leito, sem esperanças em relação ao seu prognóstico. Entrei no quarto, sendo logo abordado por sua irmã, também funcionária desta unidade.

- Oi Marcelo. Hoje ele está bem pior.

- Como vocês estão lidando com essa situação toda?

- É muito difícil, né. Ele é o único filho homem solteiro em casa e minha mãe sofre muito com ele. Fico aqui dia e noite, e (...).

Pus minha mão em seu ombro e ela silenciosamente, fez um carinho no rosto de seu irmão.

A . nada manifestava, nenhuma expressão, apenas ... respirava.

Já eram 9:20, quando conseguimos transferir *A .* para os cuidados da clínica médica do terceiro andar. Lá, duas semanas depois, ganhou alta hospitalar.

Como a unidade permanecia calma, entrei no quarto 1 e sentei-me ao lado de Dona **MP.**, uma senhora internada com fratura de fêmur esquerdo.

- Oi dona MP..

- Oi, tudo bem com você? Já fez seus afazeres hoje?

- É, estou aqui para isso, né.

- Ainda bem.

- Como a senhora quebrou a sua perna?

- Eu fui fazer o almoço e cai na cozinha. Minha filha me socorreu depois.

- Quantos anos a senhora tem?

- Eu tenho 87 anos, mas não sou tão velha não. Ando de cavalo e tudo. Sou dona de um baita sítio, lá em Santo Amaro.

- Anda a cavalo, é. E como a senhora está se sentindo nesta situação?

- Imagina, eu dona de mim ter que precisar dos outros até para fazer xixi! Eu nunca precisei de ninguém.

- Mas infelizmente, por enquanto vai ter que ser assim. Comentei.

Pegando em sua mão, coloquei-a sobre o meu peito e disse:

- Estamos aqui para te ajudar. E minha função como enfermeiro é de realmente te ajudar. Não ache que estamos fazendo um favor. Estamos sim, desenvolvendo nossa atividade profissional, e pra isso, temos que cuidar de você.

- Não pense que eu estava braba. Estou sim muito chateada por tudo o que aconteceu comigo.

- Eu sei disso.

Com um sorriso, saí do quarto, para em seguida desenvolver uma atividade solicitada pela enfermeira.

Como ela tinha que se ausentar da unidade, fui solicitado à passar um sonda nasogástrica em seu C, um senhor que havia sido acometido por um derrame cerebral e estava com dificuldades de deglutir.

Com material em mãos, realizei a técnica demoradamente, pois, mesmo contactuando com ele e pedindo sua ajuda na passagem da sonda, ele não manifestava qualquer estímulo, dificultando a técnica.

No decorrer da manhã, fui até a biblioteca do hospital para estudar sobre “Atendimento Inicial ao Politraumatizado”, onde permaneci lá, até a passagem do plantão.

07 de Outubro de 1997

No repouso, encontrava-se uma senhora de 82 anos, que internada na noite anterior, apresentava queda do estado geral, provável derrame cerebral, amputação recente de membro inferior esquerdo correlacionado ao seu quadro de Diabete. Dormindo estava, quando me aproximei de seu leito.

Lá, encontrava-se com ela, sua filha.

- Bom, dia. Meu nome é Marcelo, sou estudante de enfermagem. O que aconteceu com ela?

Relatando o ocorrido, continuou:

- Você sabe se os médicos vão amputar a outra perna dela?

- Não, sei. Mas o que tem com a outra perna?

- Tá muito feia.

Descobrimo o lençol, verifiquei tratar-se de uma enorme ferida, que estendia-se desde o pé até a altura do terço médio da coxa. Apresentava-se edemaciada, avermelhada e com inúmeros pontos com secreção purulenta e fétida.

- Viu?

- Você tem razão. Agora, avaliação médica é que será definitiva. Dependendo do caso (...), só o vascular que poderá dizer algo a senhora.

- É o maior desgosto da vida dela ter perdido a outra perna. Depois que essa ficou assim, ela começou a desaminar, desaminar e ... Disse que se tiver que tirar a outra, vai morrer de angústia.

Em silêncio, observava-a e sentia que o medo era uma verdade em seu relato, pois sua mãe encontrava-se numa situação muito grave. Com isso, convidei-a a ir a um lugar mais reservado, e lá, pode expressar seu sentimento em forma de choro.

Ficamos juntos, mais um tempo, e após enxugar suas lágrimas, saiu e foi juntar-se com sua mãe.

No dia seguinte, dona *H*, havia sido transferida para o Hospital Governador Celso Ramos. Infelizmente, não obtive maiores informações acerca de seu estado.

08 de Outubro de 1997

Mais uma manhã.

Recebi o plantão sem maiores intercorrências, pois para os funcionários de plantão, os clientes permaneciam no mesmo estado clínico.

Entrei no quarto 1 e encontrei dona O., uma senhora de 68 anos, que permanecia internada com diagnóstico médico de insuficiência renal crônica. Sentada na cama, conversava com outra cliente.

- Bom dia dona O., como está?

- Chateada. As pessoas não valorizam quem devem valorizar.

- Por quê a senhora está falando isso?

- Os meus filhos não me visitam, meus parentes, não tenho ninguém...

- E como a senhora está lidando com essa situação?

- Vou levando, né. Levando.

- Gostaria de alguma coisa, que eu pelo menos pudesse fazer?

- Não, meu filho, obrigada.

Saindo do quarto, fui solicitado pela enfermeira F. que punccionasse uma veia, num cliente que estava em observação no consultório 3. Entrando lá, com o meu material, encontrei L., um senhor de 46 anos em companhia de sua esposa.

- Oi seu L. Como está?

- Chateado. Respondeu-me com pesar e tristeza.

Com o garrote em seu braço, perguntei o que havia ocorrido.

- A minha mãe morreu agora de manhã, me deram a notícia e eu passei mal.

- Sua mãe morreu aqui, no hospital?

- Não, ela estava internada lá no Celso Ramos, telefonaram pra minha casa e disseram.

Escutando sua história, continuei meu afazer técnico, sempre escutando o seu desabafo. No final, abraçou-se com sua esposa e chorou. Saí, então, para que tivessem privacidade, pois era um momento em que a presença de sua esposa supriria sua

necessidade.

Ao retornar à sala mais tarde, encontrei-o mais calmo, porém seus olhos estavam lacrimejando. Dei-lhe um copo de água e sentei ao seu lado. Sua esposa, sentou-se também, e todos permanecemos em silêncio.

Foram liberados meia hora depois.

A manhã transcorreu sem maiores intercorrências, permitindo o meu deslocamento até a biblioteca do hospital, pesquisar sobre Infarto Agudo do Miocárdio.

09 de Outubro de 1997

Iniciei meu estágio com a passagem de plantão. Em seguida, fui ao quarto de dona O para ver o seu estado.

- *Oi, bom dia. Como a senhora está?*

- *Bom dia meu filho. Estou melhor.*

- *Já tomou o seu café?*

- *Sim. Estava esperando alguém para que tirasse esse soro, pois a moça que disse que saiu da veia foi embora e não voltou.*

- *Deixa que eu troco.*

Dirigi-me ao posto de enfermagem e preparei todo o material de fluidoterapia, realizando em seguida o procedimento.

- *Pronto! Tá doendo?*

- *Não. Agora não.*

Com um sorriso, despedi-me dela e fui até as salas cirúrgicas. Lá, sentado na sala, percebi a presença de um rapaz que queixando-se de dor abdominal, deitou-se na mesa da sala.

- *Você é médico?*

- *Não, sou estudante de enfermagem. O que aconteceu?*

- *Tô com muita dor de barriga.*

- *Vomitou, teve febre?*

- *Sim, desde ontem.*

Fui então até o consultório 1, onde relatei o fato ao residente de plantão. Este, por sua vez, foi avaliar o caso.

- *Verifica a temperatura e a pressão dele pra mim, faz favor .*

Enquanto verificava seus sinais vitais, o residente realizava o exame físico.

- *A PA dele está em 14/ 9 e 38,°C.*

- *Coloca um soro fisiológico nele e pede pra alguém levá-lo ao RX.*

Após trazê-lo do exame, foi encaminhado à cirurgia de urgência devido ao diagnóstico de Apendicite.

O plantão seguiu sem maiores ocorrências, dando a mim, a oportunidade de continuar a consulta na biblioteca do hospital, sobre Infarto Agudo do Miocárdio.

10 de outubro de 1997

Recebemos o plantão, com uma cliente internada no repouso, em fase terminal de AIDS. Tratava-se de *U.*, uma jovem de 25 anos, que contraiu a doença através de seu namorado. Este, porém, permanecia assintomático.

Entrei no seu quarto e ela se encontrava sozinha. Uma intensa sudorese banhava o seu corpo, acompanhado de desorientação psicomotora e febre. Seu corpo permanecia desnudo, com suas partes íntimas expostas, ocasionando no acompanhante de outra cliente, intenso constrangimento. Imediatamente, cobri *U* com o seu lençol.

Como os quartos da unidade, possuem três leitos, consegui um biombo e separei *U.* dos demais clientes, diminuindo a tensão ocasionada pela morte eminente da cliente. Seu rosto refletia seu interior. Com os olhos cheios d'água, faleceu minutos após.

Pude então, permanecer com seu namorado, que chegou à unidade, no final do plantão, saindo logo em seguida, *“pois já estava esperando o ocorrido”*, falou-me.

O curioso também, é que durante o seu processo de morrer, *U.* permanecia sozinha. Para os funcionários ali atuantes, a morte de alguém era algo corriqueiro, fazendo-os não se envolver com a situação. Por minha vez, apenas pensava no que ela poderia estar pensando, sentindo, experienciando. É algo muito confuso. Mantive-me ao seu lado, até sua última respiração. Foi a terceira pessoa que eu vi nas mesmas condições.

Já em casa, comentei o caso com minha mãe, e esta, mostrou-se nada contente com minha experiência. *“Talvez, esse, seja o tema de minha dissertação de mestrado”*, pensei. Trabalhar com o ser humano em situação de morte eminente, é com certeza um tema muito interessante, e que precisa ser realmente explorado e levado a tona, principalmente em nossa profissão.

13 de Outubro de 1997

Cheguei à unidade e minha supervisora ainda não se encontrava. Sabendo que eu era um formando, e que estava desenvolvendo o meu estágio de conclusão de curso naquele setor, a enfermeira do noturno passou-me o plantão. Tínhamos dois clientes graves internados na unidade.

No quarto do repouso, estava *M* um jovem de 28 anos, internado com crise convulsiva à esclarecer e febre. No quarto do isolamento, estava *Y* um rapaz de 22 anos, internado por infecção intestinal e queda do estado geral.

Dirigi-me ao isolamento e conheci *Y*. Com intensa sudorese, rubor facial e tremores, respondeu-me o “*bom dia*” dado.

Seu pai, permanecia com ele. *Y* era um rapaz solteiro, tinha namorada e como todo jovem, saía com seus amigos no fim de semana, jogava bola, ia à praias e namorava.

Há exatamente um mês, saiu de casa com sua moto, para ir em uma festa no bar do Cantuária, em São José, numa noite de sexta-feira, quando em uma curva, bateu de frente com um carro, sendo ele projetado a mais ou menos dez metros de distância.

Neurologicamente, nada sofreu, pois usava capacete, porém, com o impacto do acidente, teve amputação traumática de membro superior esquerdo (sem chances de recuperação), e no hospital, foi-lhe amputado o membro inferior direito.

Permaneceu internado no setor de ortopedia deste hospital até a semana passada, quando ganhou alta, retornando à emergência, com o atual estado.

Enquanto escutava a história de seu pai, realizava o curativo dos cotos de amputação. *Y*, nada manifestava.

Sua respiração era ofegante, temperatura alta (39,5°C), diarreico e no seu rosto, a angústia.

Terminado o curativo, perguntei se doeu, e ele disse que “*não*”.

Então, chamei o seu pai para fora do quarto e perguntei:

- *Como ele tem encarado tudo isso?*

- *Quase não reage. Fica deitado, olhando pro alto, as vezes o pego chorando, mas...*

- *E como tem sido o tratamento dele em casa?*

- *Como se nada tivesse acontecido. Como se ele fosse o meu Y de antes.*

- *E a namorada dele. Onde está?*

- *Foi vê-lo duas vezes, depois não apareceu mais.*

- *E os amigos?*

- *Esses vão sempre lá em casa! Amigos ele tem.*

- *Concordo com o senhor no seu modo de tratar ele. Ele nunca deve ser tratado como uma pessoa que sofreu o que ele sofreu, dei-lhe bronca quando tiver que dar, brinque quando tiver que brincar e o mais importante, chame-o a vida. Ele agora, mais do que nunca, precisa de vocês.*

Em seguida, apanhei todo o material de curativo e fui ao posto de enfermagem. Lá comentei o fato aos funcionários, que se mostraram solidários com o ocorrido.

Indo ao quarto de *M.*, encontrei-o dormindo. Seu irmão que o acompanhava, esperava o médico.

- *Oi. Como está?*

- *Bem. O M é que piorou muito. Ontem em casa, ele ficou ruim, ruim (...).*

- *É seu irmão?*

- *Sim. É o caçula de três.*

- *Seu estado em casa, como era?*

- *Normal. Ele tinha as convulsões, mas depois passava. Desde ontem prá cá, depois da última crise ele não acordou mais.*

- *Que coisa.*

Saí do quarto e fui passar a visita a outros clientes.

Mais tarde, retornei ao referido quarto, a fim de passar uma sonda nasogástrica em *M.*, realizando o procedimento com sucesso.

Permaneci o restante do período nas salas cirúrgicas, onde atendemos uma cliente que veio à unidade com uma incisão em sua sobrancelha após ter “*apanhado de seu marido*”, referiu.

Ao ir embora, fui ao isolamento me despedir de *Y*, e este, permanecia dormindo.

15 de Outubro de 1997

Após receber plantão, percebi que *Y*, não estava mais internado na unidade. Como no dia anterior eu não havia ido ao estágio, devido a aula de Patologia Ambiental, não sabia que *Y*, havia sido transferido ao setor de clínica médica.

Por outro lado, *M* permanecia conosco, e no mesmo estado. Comatoso, com presença de sonda nasogástrica, fluidoterapia e catéter de oxigênio, não havia sinais de positividade de seu quadro.

Seu irmão veio ao meu encontro e disse:

- Ontem você não veio por que?

- Tinha aula na universidade. Não pude. Como ele está?

- Mal. Conheço meu irmão e acho que ele não vai pra casa. Nunca mais.

Seus olhos encheram-se de lágrimas e sua voz se estremeceu.

- Ontem, o neurologista esteve aqui. Disse que o seu quadro é muito sério e acha que afetou alguma área muito importante do cérebro dele. Disse também que ele não tem muita chance de vida.

Coloquei minha mão em seu ombro e levei-o para tomar um gole de água.

Conversamos mais um pouco, e fui ao terceiro andar, visitar *Y*.

Ao entrar no quarto, seu pai, veio ao meu encontro:

- Olha Y. O teu amigo da emergência veio te ver.

Rindo prá mim, *Y*, disse-me “oi” e falou que estava bem melhor. Disse também que aquela tristeza, tinha ficado na emergência.

Permaneci lá mais um pouco e percebi que *Y*, estava mais animado, mais vivo, mais sorridente. Falou até piadas. *Y*. Realmente mostrou-se como um exemplo de força de vontade e determinação. Ganhou alta hospitalar três dias depois.

16 de Outubro de 1997

Após passar minha visita diária, fui ao posto de enfermagem preparar uma medicação, à um cliente que permanecia em observação, quando escutei um funcionário pedir ajuda na sala de reanimação, pois havia um cliente em parada cardíaca.

Na maca, estava uma senhora que havia sido encontrada por sua filha, quando esta estava no banho. Trazida às pressas ao hospital, resultou em uma demora no atendimento de mais ou menos, 10 minutos, pois moravam em Campinas.

Enquanto permanecia com sua filha no corredor, a equipe efetuava todos os procedimentos necessários para que sua vida fosse mantida.

Entrei na sala e fui solicitado a efetuar massagem cardíaca. Foram 10 minutos de tentativa, então, já com os braços cansados, passei a tarefa à um funcionário presente. Em seguida, fui novamente ao corredor, e sua filha, ansiosa aguardava notícias.

- *O que está acontecendo?*

- *Eles estão tentando ...*

Fomos então à copa, onde sentamos e pudemos conversar mais tranquilamente. Chorando, disse-me que *“sua mãe era muito boa e que sempre ajudou à todos”*, demonstrando um eterno carinho por ela.

Infelizmente, dona **J** faleceu após 43 minutos de tentativas de reaminação.

Sem dizer nada, sua filha me olhou, derramou lágrimas e foi embora.

Mais tarde, chegaram outros familiares para encaminhar devidamente o corpo de dona **J**.

17 de Outubro de 1997

Passando minha visita diária aos clientes do repouso, entrei no quarto 2 e encontrei dona *N* com um hematoma enorme em seu queixo e outro em toda a extensão das costas. Tais sinais, foram decorrentes da queda que teve durante a madrugada, onde após retirar sua comadre, o funcionário não recolocou a grade na cama. Dona *N* permanecia internada na unidade, pela neurologia, com suspeita de derrame cerebral. No momento, apresentava-se com paralisia de membros inferiores, disfasia, hemiparestesia de membros superiores, porém orientada e contactuante. No decorrer da manhã, dona *N*. foi transferida ao HGCR, para melhor averiguação neurológica.

Permaneci, posteriormente, na sala de medicação, onde conheci seu *G.*, um senhor de 69 anos, que veio ao setor, por ter apresentado episódios de vômitos e diarreia, após comer ostra. Estava em observação pela clínica médica e aguardava seus exames laboratoriais. Conversamos à respeito de onde veio tais frutos do mar, como foi cozido, se mais alguém apresentava sua sintomatologia, etc. Culminando numa pesquisa epidemiológica. Seu *G.* foi liberado 2 horas depois de ter dado entrada no serviço.

Na sala cirúrgica, atuei em conjunto a um acadêmico de medicina, onde atendemos um caso de acidente doméstico. Tratava-se de *V.*, uma garota de 10 anos, que ao cair da escada de sua casa, teve uma escoriação em couro cabeludo, resultando numa angústia por parte de sua mãe, que a trouxe ao hospital. Foi encaminhada ao HIJG, após sutura de couro cabeludo.

Permaneci após, realizando algumas técnicas básicas e efetuando o meu Processo de Enfermagem, a dois clientes internados, fazendo com isso, minha interação e pondo em prática a relação pessoa/ pessoa.

OITAVA SEMANA DE ESTÁGIO

20 de Outubro de 1997

Sentado na sala de enfermagem, após ter passado minha visita diária, observei um tumulto na sala de reanimação e fui até lá. Deitado na maca, estava um homem, aparentando ter uns 50 anos, sendo massageado por um funcionário e oxigenado através de TOT e ambú por outro. Após a solicitação médica, o serviço de eletrocardiograma chegou na sala, do qual, constatou *fibrilação ventricular* no cliente. Como atitude, o médico efetuou a primeira eletroversão, não obtendo sucesso. Entre adrenalina, atropina, soros, fui até o corredor colher a história do cliente. Lá, encontrei o senhor que o trouxe, relatando-me o seguinte fato: Ambos estavam no Banco Bamerindos, quando *P.* sentiu-se mal. Pedindo ajuda, foi socorrido por *T.* que o trouxe à nós. Antes de ter a parada, referiu a *T.* ainda no Banco, que era cardíaco e que fazia uso de Adalat e Propanolol.

T. demorou 5 minutos até chegar ao hospital.

Entrando novamente na sala, estavam na quarta tentativa de eletroversão. Narrei a história obtida enquanto observava os procedimentos efetuados. Fui novamente ao corredor, e *T.* havia ido embora.

Na sala, o rapaz que trabalhava no laboratório ao colher sangue para exame, reconheceu *P.* dizendo ser marido de uma amiga que trabalhava na Colônia Santana. Pegamos então, o nome dela e fomos telefonar. Na sala, as manobras continuavam.

Após entrarmos em contato com sua esposa, que encontrava-se em uma reunião, retornarmos à sala, onde o médico tinha acabado de decidir cessar as tentativas de reanimação. Foram 45 minutos tentando. Sua esposa, havia sido informada que seu marido encontrava-se em estado grave na Emergência do Regional.

Após as devidas encaminhagens do corpo ao necrotério da instituição, fomos almoçar, pois já eram 12:30h. Ao retornar, fui pego de surpresa por uma senhora que

passou em direção ao consultório do cardiologista, que havia atendido o cliente anterior. Sabendo de meu objetivo de estágio, ele me olhou e fez um sinal com a mão, da qual eu pude entender se tratar de sua esposa.

Fomos ao consultório, onde depois de uma longa conversa, a notícia foi dada. Y. chorava e gritava desesperada, referindo amar seu marido e que este, não poderia ter feito aquilo com ela. Lamentou-se também pelo seu filho caçula, que era muito apegado ao pai, dizendo-me *“o que iria fazer dali para frente?”*.

Com um copo de água, estendi minha mão à ela, e permanecemos na sala até às 14h, horário em que foi embora. Enquanto permanecemos no consultório, possibilitei com minha atenção, que ela expressasse os mais diversos sentimentos pelo seu marido, proporcionando-lhe um alívio em sua angústia. Ao término de nossa relação, ela me agradeceu a atenção dada, dizendo:

- *“Obrigada, obrigada mesmo por tudo que tu fizestes. Pois enquanto estava sozinha nesta emergência, tu ficaste comigo”*.

21 de Outubro de 1997

No repouso permaneciam internados alguns clientes graves, que exigiam de mim uma maior atenção.

No quarto 2 , estava *I.*, uma jovem de 15 anos, internada com diagnóstico suspeito de embolia pulmonar. Seu quadro clínico era extremamente grave, pois permanecia apática, sem estímulos a lutar contra a doença, completamente pálida e caquética. Sua irmã que estava com ela, mostrava traços do cansaço físico e emocional.

- *Oi. Como a I. está?*

- *Deste ontem, nesse estado. Não quer comer, não quer falar com ninguém, parece que vai ...*

Não continuou a frase.

Ela tem um RX pra fazer agora, vou levá-la com uma outra moça, quer ir junto?

Vamos.

Levamos então, *I.* ao setor de radiologia do hospital, para realizar RX de tórax. Lá, apresentou uma crise de apnéia respiratória, nos fazendo retornar à emergência as pressas e encaminhá-la a sala de reanimação.

Colocado catéter de oxigênio, permaneceu na sala até a troca do plantão, quando foi transferida à UTI..

Em seu leito, colocamos dona *Q.* , uma senhora de 80 anos, que foi internada com diagnóstico de derrame cerebral. Solicitado a passagem de uma sonda nasogástrica, efetuei a técnica e deixei-a em sinfonagem, pois estava apresentando intensos quadros de êmese. Pedi a seu neto que permanecesse no quarto, saindo em seguida, para tomar café. Ao sair da sala de lanhes, fui abordado pela irmã de *I.* que chorando me disse:

- *O médico da UTI disse que ela pode morrer a qualquer hora.*

Peguei-a pela mão, e fomos a sala de reanimação, onde mais calmamente ela expôs os fatos. Ela me disse, que *I.* era a caçula da casa, que seu pai morava com ela, porque os demais filhos estavam todos casados e que era viúvo. Neste intermeio, chorou muito, apresentando alguns intervalos de ausência . Decidida ir embora, despediu-se de mim e foi prá casa.

Na semana seguinte, encontrei-a nos corredores do hospital e perguntei por *I*. Esta por sua vez, disse-me que *I*. iria ganhar alta naquela tarde, e que estava preparando os papéis da alta.

Ao passar o plantão, dona *Q*. permanecia no mesmo estado. Seu neto, ao seu lado, passava a mão em seu rosto.

22 de Outubro de 1997

Cheguei às 7:10h e fui informado pela enfermeira *F.* que dona *Q.* tinha ido à óbito vinte minutos antes de minha chegada. Entrei em seu quarto e seu corpo permanecia lá. Não havia nenhum familiar com ela. Coloquei uma luva de procedimentos e fui retirar sua punções venosas e sua sonda nasogástrica. Em seguida, os funcionários vieram buscá-la para realizarem o tamponamento. Acompanhei todo o procedimento, auxiliando em alguns momentos. Em seguida, levamos o seu corpo ao necrotério.

Ao retornar à unidade, conheci *V.*, um rapaz que havia se acidentado de moto durante a madrugada e que permanecia em observação pela clínica cirúrgica. Conversamos a respeito de seus familiares e ele me deu o telefone de seu irmão, para avisá-lo de seu paradeiro, pois deveriam estar preocupados com ele. Assim o fiz, retornando a resposta em seguida. Este me agradeceu e eu saí.

O tempo passou, e já eram 11h, quando a filha de dona *Q.* apareceu na unidade. Indo ao seu leito, não encontrou sua mãe. Ao perguntar a um funcionário onde ela estava, este deu a notícia. Desnorteada, saiu correndo em direção à rua e sentou-se na calçada. Fui atrás, e lá, muito raivosa, perguntou-me:

- *O que você está fazendo aqui?*
- *Vim ver se a senhora precisa de alguma coisa?*
- *Não, eu não preciso de nada, só que em deixem em paz.*
- *Por quê?*
- *Se não fosse ontem terem atrasado o atendimento dela, ela não teria morrido.*

Sem atitudes, levantei-me e saí. Ela por sua vez, certamente refletiu o que havia me dito e pediu-me desculpas.

- *Ontem você deixou o meu filho ficar com ela. Ele chegou em casa e comentou a sua atitude.* Continuou.

- *Eu faço aquilo que eu posso e acho o certo.*
- *Posso ver ela?*
- *Não sei, espera um pouco.*

Retornei a unidade e perguntei a um funcionário, se poderia levar a filha de dona *Q.*

ao necrotério. Este disse-me que sim, então a levei. Chegando lá, encontramos o corpo de dona *Q.* deitado sobre uma maca e coberto por um lençol. Sua filha me perguntou se poderia destapá-la e disse que sim. Neste momento, ela abraçou o corpo de sua mãe e permaneceu ali sem derramar nenhuma lágrima.

Voltamos à unidade, onde ficamos conversando mais um pouco. Ela foi embora no final da tarde, horário que o corpo de dona *Q.* foi liberado para a família.

23 de Outubro de 1997

Como de costume, realizei a minha visita diária e sentei-me na sala de enfermagem para realizar minhas anotações. Lá, verifiquei que havia esquecido minha caneta no quarto 2, retornando para buscá-la. Entrei no quarto e perguntei se alguém havia achado uma caneta, manifestando-se favoravelmente, a filha de dona V., que me disse ter guardado. Permaneci então, mais um pouco naquele quarto, e vi a enorme interação mãe/filha que eram as duas. Carinhos e beijos eram trocados, enquanto eu perguntava sobre o estado de dona V. Dona V. permanecia internada devido miocardiopatia dilatada, e no momento, apresentava um discreto edema de membros inferiores. Perguntei se havia algo que ela quisesse expor, e disse que não. As duas moravam juntas, sendo sua filha separada de seu marido. *“Ela é minha companheira”*, disse-me ao passar a mão no rosto de sua mãe.

No final do dia, sua filha retornou para casa, pois morava em Balneário Camboriu, para voltar no dia seguinte.

A manhã foi super tranquila, e passamos o plantão sem intercorrências significativas.

24 de Outubro de 1997

Havia chovido muito na noite anterior, e o congestionamento na BR 101 era grande, nos dois sentidos da pista.

Devido a chuva, o movimento da emergência estava fraco, aparecendo apenas, os casos cirúrgicos. Com isso, atendemos uma senhora que ao dar comida ao seu cachorro, foi atacada por ele, ocasionando séria lesão em seu braço esquerdo, com exposição de tendão e nervos. Foi encaminhada a cirurgia de urgência, permanecendo internada no setor de clínica cirúrgica, cinco dias.

Após, retomei minha visita, entrando no quarto 2. Lá, dona V. apresentava um certo grau de dispnéia, que referiu não ser nada. Estava ansiosa pela demora de sua filha, que ainda não havia chegado.

Enquanto conversávamos, ouvi M. gritar : *“Parada pessoal”*.

Entrei então na sala de reanimação, e na maca deparei-me com dona V.

As manobras de reanimação eram efetuadas por nós. Massagem, oxigenação, administração medicamentosa e nada. Fiquei desconsertado com o fato, pois havia me envolvido com tal cliente. Enquanto realizava sua massagem, pedia para que *voltasse*, tudo em pensamento. Meu esforço foi em vão, pois nem 15 minutos se deu sua entrada na sala, quando o médico decidiu parar com a reanimação. V. deu dois suspiros antes de entrar em apnéia, ocasionando silêncio na sala. Em seguida, o médico se retirou do local. Sua filha não havia chego ainda, e já eram 11:20. Na sala de reanimação, os estudantes do auxiliar de enfermagem iniciaram o tamponamento em V, onde cinco minutos após, entrou sua filha para saber o que havia ocorrido com sua mãe.

Esta, ao ver a cena, encostou-se na parede e permaneceu estática. Foi um momento horrível, senti como se fosse eu que estava ali, naquela situação de filho.

Sem demoras, retirei-a da sala e levei-a até o quarto onde sua mãe estava internada. Lá, entre choros e lamentações, relatou que havia se atrasado por causa do congestionamento na estrada, e que tivesse chegado mais cedo, teria encontrado sua mãe ainda viva. Pediu para telefonar para seu filho e comunicou o fato. Ficamos juntos até às 13 horas, horário da passagem de plantão.

Permaneci na unidade com ela, mesmo depois de minha supervisora ter ido embora. Com o corpo de sua mãe no necrotério da unidade, convidou-me para comer alguma coisa na lanchonete, onde me pagou um lanche, pois estava sem comer nada.

Em seguida, fomos ao necrotério, esperar a chegada do serviço funerário, do qual, colocamos o corpo de sua mãe na urna e arrumamos com rosas e margaridas.

Quando foram embora, a filha de dona V convidou-me a ir na cerimônia, que iria se realizar no dia seguinte, porém não fui. Saí do hospital, às 17 horas.

25 de Outubro de 1997

Concluída minha visita diária, resolvi prestar assistência direta a todos os clientes internados no repouso, assumindo a medicação, higiene e conforto e curativo. Após comunicar minha decisão à funcionária que estava de plantão, iniciei com uma punção venosa em dona *I.* que estava no quarto 3, com diagnóstico médico de miocardiopatia crônica dilatada.

No mesmo quarto, estava seu *X.*, um cliente de 40 anos, internado devido angina instável, queixando-se de um certo desconforto torácico. Com meu material, realizei a punção venosa em dona *I.* e segui em direção à seu *X.* perguntando-o:

- *A dor começou quando?*
- *Agora, assim que você saiu.*
- *Chamou alguém?*
- *Não.*

Fui então a procura de um cardiologista, só que não o encontrei. Em sua prescrição médica, havia uma medicação anti-anginosa, que administrei após permissão da enfermeira de plantão. Mesmo com o efeito medicamentoso, a sensação de dor não aliviou. Vinte minutos após, foi contatado o cardiologista de plantão, que solicitando eletrocardiograma, identificou ondas elétricas sugestivas de Infarto Agudo, sendo evidenciado com o resultado de enzimas cardíacas, onde *CK* e *CKMB* mostraram-se extremamente alteradas.

Já na sala de reanimação, o cliente queixando-se de intensa dor, ia sendo submetido a toda a terapêutica indicada. Sua transferência ao setor de coronária deu-se em seguida.

X., continuou internado até o meu último dia de estágio. Esperava cirurgia cardíaca de revascularização.

Durante o restante da manhã, coloquei o meu objetivo de aperfeiçoamento de técnicas em prática, atuando nas salas cirúrgicas e de medicação.

NONA SEMANA DE ESTÁGIO

27 de Outubro de 1997

Após minha passagem da visita, permaneci com minha supervisora auxiliando em algumas técnicas administrativas da unidade. Nisto, apareceu *K.* uma colega de faculdade, que iria começar um estágio dos alunos do técnico de enfermagem na semana seguinte, e como havíamos combinado, mostrei-lhe toda a unidade de emergência e os outros setores do hospital. Comentamos a respeito de meu estágio, sua percepção quanto à realidade encontrada, entre outras coisas, levando-a até a saída do hospital.

No setor de emergência, encontrei a professora coordenadora da oitava fase, que foi realizar uma visita e conhecer meu campo de estágio. Sentados na sala da chefia de enfermagem, fomos interrompidos pelo barulho de um helicóptero, que estava acabando de aterrissar no heliporto. Imaginando se tratar de uma situação emergente, despedi-me da professora e fui saber do ocorrido. Lá fora, eu e a enfermeira fomos receber o cliente, junto aos socorristas do corpo de bombeiros, que ao serem indagados sobre o ocorrido, passaram ligeiramente por nós e disseram;

- Rápido, é uma exposição de massa encefálica.

Com o cliente já na sala de reanimação, foi iniciado a entubação traqueal para desobstrução de vias aéreas, pois havia muito sangue em sua boca. Seu coração continuava batendo, porém, suas pupilas estavam midríaticas e não reagentes à luz. Sua cabeça estava enfaixada, e na altura do osso frontal, pude observar a presença da massa cerebral exposta. Os residentes de urologia, cirurgia geral, cardiologia e ortopedia foram solicitados na sala. Com sua ventilação mantida a 10 litros por minuto e hiperventilado, pois a redução do edema cerebral era o objetivo maior, teve sua primeira parada cardíaca. Material preparado, pás de elertocardioversão postas em ação, e ... bom resultado.

Os residentes de cirurgia geral, iniciaram incisão exploratória em abdome, para verificação de hemorragias internas ou laceração visceral, mostrando-se positivo.

Seu estado era extremamente grave. Presença de massa cerebral exposta em região frontal, Glasgow 3, pupilas midriáticas paralíticas, otorréia, rinorréia (caracterizando fratura de base de crânio) e intensa hemorragia proveniente de ferida em couro cabeludo. Fui solicitado então, a retirar a bandagem de sua cabeça, e ao término, observamos que havia exposição de calota craniana na altura da base do crânio, perda total do pavilhão auditivo esquerdo, com exposição de ducto auditivo interno e osso zigomático, sendo a hemorragia proveniente de tais lesões.

O cirurgião estafé iniciou o procedimento de sutura, enquanto os residentes realizavam drenagem torácica, tudo sem anestesia, pois o cliente não apresentava estímulos dolorosos.

Indo junto a um dos socorristas, este me disse, que tratava-se de um rapaz de 23 anos, tenente do exército, que vinha de Imbituba, trazendo no carro, sua mulher e seu neném de 11 meses. Como estavam no banco de trás, nada sofreram, sendo o rapaz, o principal atingido, pois vinha dirigindo.

Sua mulher estava sendo atendida na sala da cirúrgica, e não sabia do verdadeiro estado de seu marido.

Após apresentar um total de cinco paradas cardíacas, os médicos em conjunto, resolveram parar com a reanimação, diagnosticando morte cerebral. Em seguida, seu corpo foi encaminhado ao IML, por se tratar de uma morte violenta e necessitar de maiores informações jurídicas do fato.

Indo em encontro à sua esposa, que estava deitada em uma maca, esta me perguntou sobre o estado de seu marido, e eu disse que estavam atendendo ele no momento em que eu saí da sala. Lá, ela me contou que tinham se casado à um ano, e que se mudariam para seu apartamento novo, na semana que viria. Saí da sala chocado.

Infelizmente, fui embora sem ter notícias dela, pois foi logo transferida ao Hospital da Guarnição de Florianópolis.

28 de Outubro de 1997

Ao receber o plantão, certifiquei-me de que todos os clientes que foram passados, permaneciam no momento. Iniciei minha visita diária pelo repouso. Entrando no quarto 1, encontrei dona **MB**, uma senhora de 60 anos, internada com diagnóstico de triarterial. Referindo muita precordialgia, mediquei-lhe conforme prescrição médica e segui minha visita.

No leito 2, estava seu **JS**, um cliente muito simpático, de 53 anos, apresentando um grande sorriso à minha abordagem.

- *Bom dia seu J, Como está?*

- *Bem. Só com fome.*

Seu **J**. era um cliente portador de angina instável, que aguardava cateterismo em jejum, desde a noite anterior.

- *O senhor vai fazer um cateterismo hoje, pôr isso ainda não comeu.*

- *Será que vai doer?*

Perguntou-me um tanto quanto ansioso.

- *O senhor já fez cateterismo?*

- *Não, ainda não.*

Após lhe explicar a técnica cirúrgica, este mostrou-se mais aliviado em sua ansiedade. No final do plantão, seu **J**., foi levado à unidade de hemodinâmica para efetuar o procedimento, sendo transferido posteriormente à unidade de coronária.

No leito 1, estava seu **E**., um senhor de 79 anos, internado com diagnóstico de DPOC, ICC e suspeita de neoplasia de intestino. Seu filho o acompanhava.

- *Bom dia seu E. Como está?*

- *Desse jeito.* Respondeu seu filho.

Sentado em sua cama, seu **E**. permanecia calado. Olhava todos vagamente, “*sua vida estava se esvaindo*”, pensei. Apalpei o seu abdome, que mostrava-se endurecido, globoso e dolorido. Em seu prontuário, estava o pedido de uma ultra-sonografia abdominal, que posteriormente em seu laudo, constatou uma massa tumoral de aproximadamente 25 cm, em intestino grosso (colo transversal).

Sua filha chegou no fim do plantão, e com os olhos cheios de lágrima, veio dizer-me que seu *“pai estava morrendo e que não podia fazer nada”*. Ficamos juntos, ela, eu e seu irmão, com os quais fui de carona até o centro.

Seu *E.*, foi transferido para a clínica cirúrgica, naquela tarde, vindo a falecer, dois dias após ser operado. Fiquei sabendo do ocorrido, quando fui à unidade para visitá-lo.

Os outros clientes, permaneciam estáveis e sem alterações do quadro clínico.

Passamos o plantão às 13:30h.

29 de Outubro de 1997

No quarto 2, leito 1, estava dona *J.*, uma senhora de 90 anos, comatosa e sem estímulos dolorosos. Suspeitava-se de um derrame cerebral. Seu filho, permanecia em sua companhia.

- *Bom dia, como passou a dona J.?*

- *Neste estado, não melhorou não.*

- *Já mudaram ela de lado?*

- *Não.*

Com uma luva de procedimentos, realizamos a mudança de decúbito e posteriormente, coloquei luvas cheias de água em seus calcâneos, joelhos e cotovelos.

Saí em seguida, para atender um caso cirúrgico juntamente com o acadêmico de medicina. Atendemos uma senhora, que teve uma queda de um telhado onde fora trocar uma telha, com suspeita de fratura e uma ferida perfuro cortante em braço esquerdo. Após sutura, foi encaminhada ao RX, não evidenciando qualquer sinal de fratura. Foi liberada duas horas após.

Setor sem intercorrências emergenciais.

No final da tarde dona *J.* ganhou alta hospitalar.

30 de Outubro de 1997

Na sala de reanimação, fui surpreendido pela chegada de uma cliente, que trazida em cadeiras de rodas, foi posta na maca. Tratava-se de dona *K.* uma senhora de 105 anos de idade, que em casa, *“mostrou-se diferente dos demais dias”*, relatou sua bisneta.

Na sala, eu, a médica e uma auxiliar de enfermagem.

- *O que aconteceu com ela?* Perguntou a médica.

- *Ela só que dormir, não se levantou desde ontem, não quer comer nem nada, eu fiquei preocupada, né. A gente vê tudo nessa vida (...).*

- *E ela é lúcida?*

- *Lúcida é, só que ultimamente ela só quer dormir, e eu não tô gostando disso não.*

A sua presença contagiou todos na sala. Passou a ser tratada com muito zelo pelos profissionais ali presentes.

Foi diagnosticada como *queda do estado geral*, permanecendo conosco até o final da tarde, horário em que ocorreu sua alta.

Durante a manhã, foi solicitado uma cultura de urina em dona *K.*, onde a urina foi colhida por mim através de uma sondagem de alívio. Dona *K.*, reclamou no começo, dormindo durante o procedimento. O resultado veio mais tarde, não acusando qualquer alteração em seu resultado.

Passei o restante da manhã, em supervisão direta no setor, além de prestar os cuidados aos clientes internados.

31 de Outubro de 1997

Dona *E.*, permanecia internada no repouso, com diagnóstico de arritmia. Seu estado era estável, porém requeria repouso no leito.

Como não havia tomado banho ainda, peguei todo o material, e com seu consentimento dei início a técnica. Meio as manobras, conversamos a respeito de sua família, seu estado, entre outras coisas, enquanto realizava um sucinto exame físico. Esta mostrou-se satisfeita com o banho, e dormiu em seguida.

Na sala cirúrgica, atendemos um senhor, seu *F.*, que teve fratura de fêmur esquerdo, após ser atropelado na BR 101. Permaneceu internado em maca no setor de emergência até o dia 03 de novembro.

No meio da manhã, o corpo de bombeiros trouxe um senhor de 40 anos, que também havia sido atropelado na BR 101. No momento da internação, mostrava-se lúcido, orientado e queixando-se de dor em tornozelo esquerdo.

Colocado na sala de reanimação, e médico ortopedista e o residente de cirurgia iniciaram um minucioso exame físico. Em sua cabeça, havia indicação de traumatismo. À palpação abdominal, foi diagnosticado evidência de hemorragia interna. Sua pressão estava em 100/ 60 mmHg. No tornozelo, a presença de fratura exposta. Puncionado veia calibrosa para instalação de fluidoterapia, foi encaminhado a uma ultra-sonografia abdominal de emergência. Não demorando 10 minutos após sair da sala, foi trazido novamente à sala de reanimação em parada cardíaco-respiratória. Iniciados todas as manobras de ressuscitação, permaneceu neste estado durante 40 minutos, indo à óbito posteriormente.

Em sua carteira havia um telefone, onde sua família foi informada acerca de seu estado, porém foi dito que ele encontrava-se em estado extremamente grave. Uma hora depois, seu filho entrou no setor pedindo informações de seu pai. Levado à um consultório, a notícia foi dada pela médica em minha presença. Permanecemos juntos, após a médica deixar o consultório, e sua preocupação maior, girava em torno de sua mãe.

Em seguida, mais calmo, foi encaminhado ao necrotério, para efetuar toda a burocracia. Retornou à emergência, agradeceu-me a atenção dada e foi embora.

DÉCIMA SEMANA DE ESTÁGIO

03 de Novembro de 1997

Às 7 horas, cheguei na unidade, e esta apresentava-se calma. Poucos clientes internados pelos corredores do setor, onde pude notar a presença de *G.* uma senhora muito simpática que se mostrou muito receptiva a meu “*Bom dia*”.

- *Bom dia.*

- *A senhora, como está hoje?*

- *Um pouco cansada. Essa cadeira de rodas é muito desconfortável.*

- *Está aqui desde quando, dona G.?*

- *Desde sábado. E ainda não conseguiram uma cama prá mim. Vê se consegue?*

- *Vou ver o que posso fazer, tá o.k.?*

- *Tá bom.*

Saí e fui até os pontuários me interar melhor de seu caso.

Dona *G.*, era uma senhora de 79 anos, que teve descompensação de sua Diabete, atingindo esta, um pico máximo de 430 mg/dl de glicemia. Após obter tal resultado por um aparelho de glicemia próprio, foi trazida à emergência, sendo internada para tratamento.

Já em ambiente hospitalar, tinha glicemia capilar para controle, que foi realizada conforme horário estabelecido, sendo todas, com o seu valor alterado.

Sua internação na unidade de clínica médica, ocorreu na mesma manhã, sendo transferida em seguida.

Durante parte da manhã, realizei minhas entrevistas diárias com três clientes, a fim de terminar o *objetivo de efetuar dez Processos de enfermagem.*

Passamos o plantão, às 13:12h.

04 de Novembro de 1997

Cheguei à unidade às 12:45h, pois minha supervisora estava de plantão no período vespertino. Lá, encontrei todos os clientes do repouso que estavam no dia anterior. Entrei nos quartos e iniciei minha visita.

Um à um, passei e interagi com eles. Não apresentavam alterações biológicas significativas, porém, dona *F.*, que estava no quarto 2, tinha queixado-se de um funcionário que a tratou mal. Informou-me que havia pedido remédio na madrugada, e que este tinha sido ríspido, saindo do quarto e retornando um tempo depois para medicá-la.

Conversamos um pouco a respeito do ocorrido, e ela disse-me que adoraria que os demais funcionários tivessem a mesma receptividade que a minha. Saí super satisfeito com tal observação.

Na sala de medicação, conheci *T.*, um jovem de 23 anos, que ao apresentar uma forte dor abdominal, veio ao Serviço de Emergência, sendo diagnosticado abdome agudo. Lá, recebeu toda a terapêutica medicamentosa de um pré-operatório, sendo efetuado tricotomia da região abdominal pubiana, para posterior cirurgia de urgência.

Na sala cirúrgica, atendemos um caso de sutura de dedo indicador de um senhor que havia se cortado com um facão ao limpar o quintal. Foi suturado a ferida, dado antibiótico e vacina anti-tetânica. Em seguida, foi liberado.

05 de Novembro de 1997

Às 14h recebemos o plantão. Unidade calma, os clientes a maioria permaneciam dormindo. Apenas dona *H.* do corredor, encontrava-se sentada em sua maca, ao lado de seu filho. Este disse-me que sua mãe encontrava-se bem e sem queixas.

Dona *H.* permanecia em observação, devido a uma queda que teve de uma escada, apresentando após , perda de consciência. Sem alterações clínicas, foi liberada no final da tarde.

Como no período vespertino, as intercorrências emergenciais na unidade eram difíceis de ocorrer, decidi fazer um plantão, até às 7h do dia seguinte, passando a noite lá.

O plantão foi entregue a enfermeira do noturno, sem maiores intercorrências, indo eu em seguida, jantar no refeitório da unidade.

Ao retornar, encontrei uma turma do auxiliar de enfermagem, dando estágio, onde pudemos trocar muitas informações. Com isso, fui ao quarto 2, onde permanecia *F.*, um rapaz de 16 anos, internado com diagnóstico de meningite viral. Apresentava-se bem, sem queixas, e com seu radiofone no ouvido, dançava deitado ao som da música. Sua mãe chegou às 22 horas na unidade, munida de diversas especialidades de comida, todas já preparadas, para que *“pudéssemos nos manter na madrugada”*, falou.

Confesso que sua comida foi muito saboreada por nós.

Às 2h da madrugada, deu entrada na sala cirúrgica, um rapaz de 21 anos, completamente alcoolizado, trazido por outro amigo na mesmas condições. Este, foi posto na sala de recepção para posterior avaliação, enquanto atendíamos o primeiro cliente. *K.* era o seu nome. Em uma briga de turmas, havia apanhado após comprar drogas no morro, perto de sua casa.

O cliente em seguida se retirou da unidade, e em seguida, a polícia chegou, porém não o encontraram.

Às 5h da manhã, quando tudo voltou ao normal e os clientes conseguiram descansar um pouco, peguei um lençol, e fui deitar-me em uma maca no consultório da cardiologia.

Às 7:30h após passar o plantão fui embora.

07 de Novembro de 1997

De novo no período matutino, recebemos o plantão, onde conheci seu *W.*, um cliente internado com diagnóstico de miocardiopatia, com DM descompensada e DPOC. Apresentava amputação cirúrgica dos dois membros inferiores na altura da coxa. Tinha 50 anos, e estava em companhia de seu filho, mas no momento, seu filho havia ido em casa. Entrei na sala onde permanecia internado e dei um bom dia. Seu *W.* me respondeu e saí para preparar sua nebulização.

Com o material, entrei novamente na sala e perguntei:

- *Como está hoje, seu W.?*

- *Mais ou menos.*

- *Alguma queixa?*

- *Muita falta de ar, mais foi sempre assim, né.*

Então, conectei o intermediário na fonte de oxigênio, e dei-lhe a nebulização, saindo em seguida para medicar outro cliente.

Trinta minutos após, observei um tumulto que vinha de onde seu *W.* estava. Correndo para ver o que havia ocorrido, vi, seu *W.* deitado em sua maca, cianótico e sem respirar.

As pressas, foi levado até a sala de reanimação, onde todas as manobras foram efetuadas. Realizei massagem cardíaca por 10 minutos e um auxiliar o oxigenava. Foi efetuado pelo médico de plantão três eletrocardioversões, sendo a última o estímulo para que o seu coração voltasse a bater. Transferido para a Coronária, retornamos ao nosso setor. Lá encontrei seu filho, que ao perguntar-me sobre o seu pai, dei-lhe a notícia.

O acompanhei até setor onde seu pai se encontrava e voltei à unidade de emergência.

No final do plantão, fui até a Coronária, obter maiores informações acerca do estado de seu *W.* e lá, dissera-me que ele havia falecido.

Às 13 h, reuni um pessoal que eu mais me identifiquei e me despedi deles, sendo parabenizado pela formatura e solicitado a visitá-los mais vezes.

À Meri, Walter, Adrinéia, Enfª Carla, Enfª Cita, Drª Isabela, pessoal da limpeza e da copa, o meu muito obrigado pela receptividade neste meu convívio com vocês e um grande abraço. Sentirei saudades também, dos clientes que eu cuidei, bem como aqueles que só passaram por mim, pois à vocês, serei eternamente grato pela oportunidade de por em prática a minha atuação acadêmica, favorecendo em muito o meu aprendizado.

POLITRAUMATISMO

Trata-se de um conjunto de alterações causadas por agentes físicos sobre uma pessoa. Este termo é utilizado quando mais de uma parte corporal, sofre lesões concomitantes, intencional ou acidental.

No Brasil, o traumatismo múltiplo é a terceira causa global de mortalidade, sendo a primeira na faixa etária de 5 a 40 anos. Estima-se que a cada ano, mais de 100.000 brasileiros morram devido ao trauma, deixando aproximadamente, 1.5000.000 feridos. Para reforçar melhor estes números, convém compará-lo com a guerra do Vietnã, onde ao total, faleceram 50.000 soldados americanos.

A mortalidade é distribuída em 3 momentos no trauma. O primeiro pico, ou ***morte imediata***, ocorre nos 30 minutos subsequentes à agressão, causadas por extensas lesões cerebrais, secção medular alta, lesões cardíacas ou de um vaso calibroso. O segundo pico, ***morte precoce***, corresponde a que ocorre nas primeiras duas horas após o trauma, em consequência de choque hemorrágico. O terceiro pico, ou ***morte tardia***, refere-se a morte após a primeira semana, causadas por infecção e disfunção de múltiplos órgãos.

No atendimento intra-hospitalar, separar as medidas diagnosticas das terapêuticas é impraticável, pois a restrição do tempo, oferecida pela gravidade das lesões, muitas vezes, impede a utilização de recursos propedêuticos sofisticados, e as indicações de procedimentos terapêuticos, são baseadas no exame físico inicial.

Durante a avaliação inicial, as condições que oferecem risco de vida ao paciente são identificadas ou tratadas em conjunto. Essas condições são eliminadas obedecendo a seqüência de prioridades representadas pelas cinco letras iniciais de nosso alfabeto:

Aérea- desobstrução das vias aéreas e controle da coluna cervical;

Boca- boca- para lembrar de problemas com a respiração;

Circulatório- alteração da circulação e controle de hemorragia;

Défict Neurológico;

Exposição completa do paciente.

O politraumatismo pode ter suas vias aéreas obstruídas devido à **queda da língua** quando inconsciente, presença de **corpos estranhos, restos alimentares, sangue, hematomas e edema da laringe**. Deve-se suspeitar de obstrução de vias aéreas naqueles pacientes com TCE, traumatismo buco-maxilo e com trauma da região cervical.

O objetivo da desobstrução das vias aéreas são a **permeabilidade, obtenção e manutenção**.

Quando há queda da língua, o mais indicado é tracioná-la através da elevação da mandíbula, seguida da colocação da cânula de Guedel. As secreções devem ser removidas com aspiração.

Lembrar que em pacientes com suspeita de fratura de base de crânio, a aspiração deverá ser efetuada apenas pela cavidade oral.

Ventilação inadequada, faz-se necessário a obtenção de uma via prévia, através de entubação traqueal, na maioria das vezes.

O diagnóstico da obstrução das vias aéreas deve ser feito de maneira imediata, observando ausência de resposta verbal, alteração de nível de consciência, movimentos respiratórios, agitação, sonolência, respiração ruidosa, etc.

Todo paciente politraumatizado que se apresenta agitado, confuso ou sonolento, apresenta respiração inadequada, até provar-se o contrário.

Com relação a circulação, a causa de instabilidade hemodinâmica no politraumatizado é a perda sangüínea externa ou interna. O tamponamento cardíaco e o choque neurogênico, são os responsáveis pela falência circulatória em poucos minutos.

A conduta emergencial no caso de hemorragias externas, engloba a compressão das lesões diretamente, com gazes, chumaço ou panos esterilizados.

O acesso venoso para instalação de fluidoterpia deve ser feito com veia periférica de grande calibre, para infusão rápida de expansores de volume.

A obtenção de vias de acesso venoso profundo, por punção ou dissecação, deve ser evitada, pois o risco de iatrogenias em politraumatizados é extremamente grande.

Caso o paciente apresenta parada cardíaco-respiratória, as manobres de ressuscitação devem ser efetuadas concomitantemente.

A avaliação secundária, não deve ser iniciada até que a avaliação inicial tenha se completado e a fase de ressuscitação tenha iniciado.

O tratamento definitivo do politraumatizado, compreende uma fase onde as lesões recebem o tratamento específico. Portanto, o hospital deve ser adequado para o tratamento do paciente e as lesões que põem a vida em risco.

ANGINA INSTÁVEL

Trata-se de uma síndrome coronariana, caracterizada por um início súbito de precordialgia em repouso ou ao mínimo esforço realizado pelo portador.

Clinicamente, seu diagnóstico é de extrema importância, pois considera-se que o seu aparecimento serve como um “aviso prévio” da instalação do infarto agudo do miocárdio.

Podemos considerar que seu aparecimento resulta da diminuição da oferta de oxigênio ao músculo cardíaco. A sequência de eventos que fazem com que a angina previamente estável se torne instável, continua sendo um enigma clínico.

Existem fatores que podem estar relacionados ao seu aparecimento, como: *a agregação plaquetárias em vasos ateroscleróticos; substâncias liberadas pelas plaquetas em agregação que podem causar vasoespasmos; ulceração ou ruptura de uma placa de ateroma com trombose parcial (mural) e conseqüente vasoespasmos.*

Em clientes com angina instável, os episódios isquêmicos são freqüentes e geralmente ocorrem em repouso, tornando tal fato, um sinal importante para o seu diagnóstico.

O cliente com angina instável apresenta intensa precordialgia, que não é aliviada com o repouso, podendo durar até várias horas. Sua freqüência tende a aumentar e diminuir repetidamente. Pode ser descrita como uma dor em opressão.

Comumente, o desconforto torácico acompanha a dor e pode irradiar-se para os ombros, braço esquerdo e epigástrio. O cliente pode ou não apresentar episódios de vômitos, náuseas, sudorese ou calafrios.

O exame eletrocardiográfico evidencia a presença de infra ou supradesnivelamento dos segmentos ST e/ou inversão da onda T.

As enzimas cardíacas geralmente apresentam-se com seus valores inalterados.

O tratamento de emergência tem por objetivo a diminuição do consumo de oxigênio pelo miocárdio com um aumento em sua oferta, ou através da vasodilatação das artérias ou pela administração de oxigênio.

Ao ingressar no serviço de emergência, o paciente deve ter seu diagnóstico prontamente reconhecido, para imediato tratamento. Uma breve anamnese deve ser obtida com especial atenção nas características da dor precordial, no seu aparecimento e duração, bem como, na história regressa de saúde do cliente.

Concomitante a isto, a equipe deve estar preparada para os procedimentos de *punção venosa, com acesso de grosso calibre; combinação de pelo menos dois agentes antianginosos, como os bloqueadores β -adrenérgicos, que bloqueiam os estímulos simpáticos para o coração, reduzindo o consumo de oxigênio, e os nitratos, que tem ação vasodilatadora; instalação de catéter de oxigênio; estabilização da pressão arterial sistólica, caso esteja em torno de 110-100 mmHg e com frequência cardíaca igual a 50-60 batimentos por minuto; monitoração eletrocardiográfica contínua e solicitação de enzimas cardíacas para futuro diagnóstico.*

Após a estabilização do cliente, a equipe de enfermagem deverá encaminhá-lo a unidade de tratamento intensivo ou coronariana, onde os cuidados serão centrados na monitoração contínua; leve sedação; rápida disponibilidade de tratamento para o controle da dor; repouso absoluto no leito; administração medicamentosa prescrita; orientação para alta hospitalar e a diminuição da ansiedade proporcionando à ele um ambiente tranquilo.

EDEMA AGUDO DE PULMÃO

Refere-se ao acúmulo anormal de líquidos no interior dos pulmões. Como o líquido, normalmente é filtrado através do endotélio capilar, o edema pulmonar representa ***anormalidade no processo de transporte***.

O aumento da pressão hidrostática capilar, constitui provavelmente, a causa mais comum de edema pulmonar, ocorrendo geralmente na insuficiência ventricular esquerda, estenose mitral e obstrução de veias pulmonares.

Lembrar que, o edema pulmonar em si, não constitui em uma patologia específica, e sim como resultado de outras patologias.

O tratamento do edema pulmonar varia dependendo de sua causa.

Geralmente, a administração de diuréticos e a instalação de catéter para oxigenoterapia, constituem a medida emergencial esta situação.

MANTER O PACIENTE SENTADO OU EM CABECEIRA ELEVADA É RECOMENDADO.

INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO

Trata-se de uma doença obstrutiva, ou seja, quando se instala a obstrução de uma ou mais artérias coronárias, ocasionando déficit de oxigênio ao miocárdio, temos o que chamamos de infarto agudo do miocárdio.

Em termos mundiais, é a primeira causa de morte nos países desenvolvidos ou em vias de desenvolvimento.

Sua causa tem origem na aterosclerose das artérias coronárias, ocasionando diminuição e obstrução da luz do vaso, com conseqüente isquemia das células miocárdicas.

Como anamnese, o paciente apresenta desconforto torácico, subesternal ou sensação de aperto no coração, com duração de aproximadamente 30 minutos. A dor é quase sempre descrita como *esmagamento* ou *constrictiva*, e costuma se propagar a partir do tórax, afetando as costas, mandíbula e braços (principalmente o braço esquerdo).

O eletrocardiograma acusa elevação do segmento *S-T* (que refere-se à lesão aguda do miocárdio), enquanto o surgimento de ondas *Q* ou perdas de onda *R*, constituem a característica fundamental do infarto transural completo.

As células miocárdicas, quando lesadas, liberam enzimas na corrente sanguínea, onde a determinação destas três enzimas (*creatina- quinase- CK*; *transaminase glutâmico- oxaloacética do soro- SGOT*; e a *desidrogenase láctica- LDH*) tornaram-se o diagnóstico tradicional do IAM.

O tratamento emergencial, baseia-se no objetivo primordial de suprir as necessidades miocárdicas de oxigênio.

A monitoração contínua deve ser efetuada, e os equipamentos de reanimação devem estar dispostos. O alívio da dor é de suma importância, pois é causa importante de estresse emocional e conseqüente, vasoconstricção.

No IAM não-complicado, o repouso no leito nas primeiras 48 horas é o recomendado.

A instalação de catéter de oxigênio, administração de antiplaquetários, anticoagulantes e vasodilatadores é eficaz.

Após sua estabilização, deve ser transferido a uma unidade de Coronária.

TRAUMATISMO CRÂNIO- ENCEFÁLICO

Representa a principal causa de morte e incapacidade no politraumatizado. Por isso, seu tratamento é um grande desafio à Neurocirurgia.

O trauma que atinge a cabeça, é importante na medida em que ele afeta o cérebro, pois dependendo da área afetada, teremos conseqüências distintas.

É comum, em TCE, encontrarmos ***dor***, que pode ser persistente ou localizada, onde sua presença sugere fraturas; ***edema***, fundamentalmente fenômeno de substância branca, onde há extravasamento de líquido plasmático que se instalam entre as bainhas de mielina facilmente separáveis; ***hemorragias nasais, faríngeas ou pelo canal auditivo***, caracterizando fraturas de base de crânio, que tendem a atravessar o osso frontal ou o ouvido médio, localizado no osso temporal; ***sinal de Battle***, sendo uma área de equimose sobre o mastóide; ***líquido espinhal sanguinolento***, sugestivo de laceração ou contusão cerebral; ***coma***, produzido pela disfunção hemisférica cerebral bilateral, ou lesão do sistema ativador reticular; ***hemiplegia imediata; afasia; paralisia; isquemia cerebral***, são outras conseqüências desta agressão neurológica.

O tratamento emergencial, constitui em manutenção das vias aéreas, circulação e controle de hemorragias. A investigação clínica de possíveis hematomas cerebrais, deverá ser efetuada após estabilidade clínica do paciente.

Histórico de Enfermagem

D.C.F., 74 anos, casada, natural e precedente de Florianópolis, deu entrada nesta emergência no dia 08 de setembro de 1997 às 10 horas, após ser encaminhada do ambulatório de Cardiologia com diagnóstico médico de angina instável.

No momento da internação, apresentava-se com falta de ar, forte dor no peito que se irradiava para as costas, tosse seca e dormência nos braços.

Indagada sobre sua história de saúde, refere que há três anos recusou-se a se submeter a uma cirurgia de ponte de safena por ter medo do coração ser fraco e não resistir a cirurgia.

É sua primeira internação hospitalar.

Primeira Entrevista: 08/09/97

Internada pela cardiologia, permanece em maca no corredor da unidade de emergência, onde aguarda vaga na unidade coronariana do hospital. Sentada na maca, aproximo-me e sou logo fitado com um grande sorriso.

Eu: *Bom dia, dona D. Como está?*

Ela: Angustuada. Essa doença, a saudade de meu marido.

Eu: *Meu nome é Marcelo, sou estudante de enfermagem e gostaria de conversar com a senhora todos os dias enquanto permanecer aqui. Seria Possível?*

Ela: Sim, eu ia gostar muito.

Despedindo-me, fui embora na intenção de encontrá-la novamente no outro dia.

Segunda Entrevista: 09/09/97

Cheguei à unidade e após realizar minhas atividades rotineiras, fui em encontro a dona D. onde encontrei-a dormindo deitada sobre a maca do dia anterior.

Naquela manhã, antes de entrevistá-la, obtive na passagem de plantão a informação de que seria transferida à unidade coronariana durante o período vespertino.

No meio da manhã, retornei para entrevistá-la e a encontrei tomando café.

Eu: *Oi, dona E.*

Ela: *Oi .*

Eu: *Primeiro gostaria de dizer uma boa notícia. A senhora vai subir hoje a tarde para a coronária.*

Ela: *Ah! Graças a Deus. Não agüentava mais ficar aqui.*

Eu: *Deve ser ruim mesmo. Ainda mais sendo uma internação hospitalar né. Como a senhora se sente?*

Ela: *Aqui é diferente de casa, tem hora prá tudo e eu sinto muita falta dos meus. Do meu marido principalmente.*

Eu: *Fale um pouco sobre ele.*

Ela: *É um homem muito trabalhador. Vivemos juntos a 52 anos e ele é tudo o que eu tenho na vida.*

Eu: *Dona D. a senhora já teve que fazer uma cirurgia no coração a algum tempo atrás, não é? Se tivesse que fazer hoje esta cirurgia, faria?*

Ela: *Com certeza, com certeza.*

Eu: *E hoje, a senhora sabe que o seu problema requer cuidados com o repouso e não se incomodar demasiadamente. Qualquer esforço pode ser prejudicial a senhora, porque aí o coração vai ter que trabalhar mais e já viu né. Agora é bom lembrar que nem por isso, a senhora vai ter que levar uma vida totalmente diferente d que leva, é só uma questão de não se estressar mais.*

Despedindo-me, saí do quarto e fui em direção as salas cirúrgicas atender alguns casos de sutura.

DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO	DIAGNÓSTICO DE NATUREZA	PRESCRIÇÃO	EVOLUÇÃO	PROGNÓSTICO
<u>08/09/97</u> Falta de ar, dor no peito, tosse seca e dormência nos braços	Circulação Oxigenação Percepção Dolorosa	<u>08/09/97</u> Como a senhora está?	<u>08/09/97</u> Angustiado. Essa doença, a saúde de meu marido.	Ruim

DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO	DIAGNÓSTICO DE NATUREZA	PRESCRIÇÃO	EVOLUÇÃO	PROGNÓSTICO
<u>08/08/97</u> Recusou-se a se submeter uma cirurgia de ponte de safena por ter medo de ter o coração fraco e não resistir a cirurgia.	Imagem Gregária Filosofia de Vida	<u>08/08/97</u> Dona D. a senhora já teve que fazer uma cirurgia no coração algum tempo atrás, não é? Se tivesse que fazer hoje, esta cirurgia, faria?	<u>08/08/97</u> Com certeza, com certeza.	Bom

DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO	DIAGNÓSTICO DE NATUREZA	PRESCRIÇÃO	EVOLUÇÃO	PROGNÓSTICO
<u>08/09/97</u> É sua primeira internação hospitalar.	Gregária Filosofia de Vida	<u>09/09/97</u> Deve ser ruim mesmo, ainda mais sendo uma internação hospitalar. Como a senhora se sente? Fale um pouco sobre ele.	<u>09/09/97</u> Aqui é diferente de casa. Tem hora para tudo e eu sinto falta dos meus. Do meu marido principalmente. É um homem muito trabalhador. Vivemos juntos a 52 anos e ele é tudo para que eu tenho na vida.	Ruim

DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO	DIAGNÓSTICO DE NATUREZA	PRESCRIÇÃO	EVOLUÇÃO	PROGNÓSTICO
<u>08/09/97</u> Permanece em maca no corredor da unidade de emergência	Gregária Espaço Imagem	<u>09/09/97</u> Informá-la acerca da vaga no andar de unidade de internação.	<u>09/09/97</u> Foi transferida a unidade coronariana no período vespertino.	Bom